

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA**

**SCUOLA DI DOTTORATO DI
SCIENZE UMANE E FILOSOFIA**

**DOTTORATO DI RICERCA IN
PSICOLOGIA DELLE ORGANIZZAZIONI:
PROCESSI DI DIFFERENZIAZIONE E INTEGRAZIONE
XXVI ciclo**

**Ricerca-azione sui processi psicosociali del personale durante
il cambiamento organizzativo del Dipartimento Chirurgico
di un Ospedale del Nord Italia**

S.S.D. M-PSI/06

Coordinatore Prof.ssa Margherita Pasini

Tutor Prof.ssa Adalgisa Battistelli

Tutor Prof.ssa Luisa Saiani

Dottorando Dott.ssa Maria Luisa Cavada

Anno 2014

Indice

Introduzione	Pag.	1
1. Il cambiamento organizzativo: aspetti teorico- concettuali		4
1.1 Spinte al cambiamento nelle organizzazioni		5
1.2 Cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche		6
1.3 Cambiamento organizzativo e innovazione		8
1.4 Contenuti del cambiamento		11
1.5 Tipologie di cambiamento organizzativo		12
1.6 Ruoli nel cambiamento organizzativo		15
1.7 Antecedenti al cambiamento		17
1.8 Reazioni dei destinatari durante il cambiamento		25
1.9 Conseguenze del cambiamento		27
1.10 Strategie per vincere le resistenze al cambiamento		28
2. La gestione del cambiamento organizzativo		36
2.1 Guidare e implementare il cambiamento organizzativo		36
2.2 Competenze di leadership del manager nell'implementazione di un cambiamento organizzativo		38
2.3 Dimensioni comunicative nei processi di gestione del cambiamento		45
2.4 Formazione come supporto al cambiamento organizzativo		51
2.5 Cambiamento comportamentale nelle aziende sanitarie		55

3. Ricerca-azione sulla riorganizzazione di un Dipartimento Chirurgico	Pag. 58
3.1 Descrizione del contesto	58
3.2 Riorganizzazione delle unità operative di chirurgia	58
3.3 Coordinamento e gestione della ricerca-azione	62
3.4 Ricerca-azione per il cambiamento organizzativo	63
3.4.1 Definizioni di ricerca-azione	63
3.4.2 Specificità delle diverse pratiche di ricerca-azione	66
3.4.3 Parole chiave della ricerca-azione	70
3.4.4 Strumenti della ricerca-azione	73
3.5 Obiettivi della ricerca-azione del Dipartimento Chirurgico	74
3.6 Schema di sviluppo della ricerca	74
3.7 Benessere, aspettative, preoccupazioni degli operatori sanitari: variabili di studio	76
3.7.1 Caratteristiche del lavoro	76
3.7.2 Soddisfazione lavorativa	80
3.7.3 Qualità e adeguatezza della pratica clinica	87
3.7.4 Collaborazione infermiere-medico	89
3.7.5 Supporto organizzativo	90
3.7.6 Intenzione di turnover	94
3.7.7 Insicurezza lavorativa	98
3.7.8 Commitment organizzativo	101
3.7.9 Aspettative di risultato del cambiamento	104
3.7.10 Preoccupazioni	105
3.7.11 Aiuto pratico	112
3.7.12 Commitment al cambiamento	113
3.7.13 Comportamento innovativo al lavoro	115
3.7.14 Proattività	118
3.8 Modello della ricerca	124
3.8.1 Ipotesi (tempo 1)	125
3.8.2 Ipotesi (tempo 1 e 2)	126

3.9 Metodo	Pag.	128
3.9.1 Disegno dello studio		128
3.9.2 Questionari somministrati agli operatori sanitari		128
3.9.2.1 Misure		129
3.9.3 Campione		135
3.9.3.1 Caratteristiche del campione (tempo 1)		135
3.9.3.2 Caratteristiche del campione (tempo 2)		137
3.10 Risultati prima rilevazione (Tempo 1)		139
3.10.1 Analisi descrittive e Anova		139
3.10.2 Analisi delle correlazioni		147
3.10.3 Analisi di regressione		149
3.11 Focus group con infermieri e operatori sociosanitari		154
3.12 Osservazione dell'agire quotidiano		156
3.13 Valutazione della soddisfazione dei pazienti		157
3.14 Percezione dei pazienti/caregiver delle informazioni ricevute		160
3.15 Studio osservazionale sui livelli di complessità assistenziale del paziente chirurgico		163
3.16 Studio retrospettivo sul processo di gestione della terapia		165
3.17 Risultati seconda rilevazione (Tempo 2)		167
3.18 Interventi di coinvolgimento/supporto al cambiamento		176
3.19 Obiettivi raggiunti		176
3.20 Risultati conseguiti e relative azioni adottate		177
4. Discussione e conclusioni		185
4.1 Discussione		185
4.2 Conclusioni		191
Bibliografia		194

Introduzione

Le organizzazioni sono sempre più spinte verso una competitività globale alla continua ricerca della qualità e dell'eccellenza, del continuo cambiamento e dell'innovazione. L'efficacia del cambiamento organizzativo, cruciale per la competitività, dipende sempre più dalla capacità delle organizzazioni di supportare, sostenere attivamente i lavoratori durante il processo di cambiamento (Armenakis & Bedeian, 1999). Vi è la convinzione che l'esperienza psicologica delle persone può influenzare notevolmente l'efficacia dell'attuazione delle iniziative di cambiamento (Herold, Fedor, & Caldwell, 2007). Negli ultimi dieci anni, la ricerca si è spostata da un livello prevalentemente macro (a livello di sistema) ad un livello micro (individuale) al fine di comprendere meglio il ruolo dei fattori individuali nel facilitare o nell'ostacolare i processi di cambiamento (Vakola & Nikolaou, 2005). Acquisire conoscenze più approfondite sui singoli fattori che influenzano il cambiamento è essenziale per costruire strategie che garantiscano il coinvolgimento delle persone durante il cambiamento e ne prevengano il suo potenziale fallimento.

Ad oggi poche ricerche sono state svolte per esaminare gli effetti dei cambiamenti organizzativi all'interno dell'ambiente di lavoro infermieristico. Da qui è nato il mio interesse di approfondire da un lato, attraverso la revisione della letteratura, il tema della gestione del cambiamento organizzativo e dall'altro di accompagnare la riorganizzazione di due unità operative chirurgiche di un ospedale attraverso una ricerca-azione.

La ricerca-azione è ritenuta una forma di ricerca efficace per realizzare cambiamenti organizzativi nei sistemi sanitari (Elsey & Lathlean, 2006; Hampshire, 2000). Tale efficacia è stata attribuita alle caratteristiche intrinseche della ricerca-azione che sono state identificate anche nella letteratura sul cambiamento organizzativo e considerate condizioni importanti per realizzare il cambiamento: la partecipazione e la democrazia.

La tesi descrive una ricerca-azione volta ad accompagnare e orientare, dal punto di vista dei modelli d'assistenza centrati sul paziente, il cambiamento nei modelli e processi lavorativi di due unità operative chirurgiche di un ospedale provinciale di secondo livello del Nord Italia.

In particolare si propone di ricercare, valutare e monitorare il processo di cambiamento:

- sugli operatori sanitari (medici, infermieri e operatori sociosanitari) alcuni fattori individuali degli operatori sanitari (atteggiamenti, percezioni e comportamenti), del clima di gruppo, di collaborazione e del supporto sul piano organizzativo al fine di migliorare l'aderenza ai processi innovativi;
- su alcuni processi assistenziali (preparazione preoperatoria, educazione al paziente, dimissione dall'ospedale);
- sui pazienti in termini di continuità, sicurezza, qualità dell'assistenza e soddisfazione.

Il lavoro di tesi è strutturato in quattro parti. La prima è un approfondimento della letteratura sul cambiamento organizzativo. Vengono descritte le spinte, i fattori che determinano il cambiamento nelle aziende sanitarie, le tipologie di cambiamento organizzativo, gli antecedenti e le conseguenze del cambiamento, le reazioni dei destinatari durante il cambiamento e le strategie per vincere le resistenze al cambiamento.

La seconda parte descrive attraverso la revisione della letteratura le strategie di guida, gestione e supporto al cambiamento organizzativo. Vengono riportate le competenze di leadership del management e l'importanza della comunicazione nei processi di gestione del cambiamento. Inoltre, viene descritta la formazione come supporto al cambiamento organizzativo.

Nella terza parte della tesi viene presentata, seguendo la sequenza temporale, la ricerca-azione che accompagna il processo di cambiamento organizzativo delle due unità operative chirurgiche. La ricerca ha utilizzato una metodologia *mixed methods* attraverso la somministrazione di questionari, l'esecuzione di interviste, di focus group e dell'osservazione diretta sul campo. Dopo aver definito e spiegato i diversi tipi di ricerca-azione e il suo ruolo come strategia di implementazione del cambiamento, sono state descritte le variabili individuali e di relazione individuo/organizzazione più significative che in precedenti ricerche hanno dimostrato di influenzare i processi di cambiamento organizzativo.

In particolare attraverso la somministrazione di due questionari e l'esecuzione di focus group si è cercato di cogliere l'insieme di percezioni e aspettative condivise dagli operatori sanitari, il cui contenuto riflette sensazioni, vissuti, stati d'animo presenti sul lavoro, nelle relazioni tra organizzazione e operatori sanitari coinvolti in un processo di cambiamento organizzativo.

Allo scopo di valutare il cambiamento su alcuni processi assistenziali è stata condotta un'osservazione dei processi lavorativi quotidiani utilizzando la tecnica dello *shadowing* ed è stato eseguito uno studio descrittivo sulla complessità del processo di gestione dei farmaci nel contesto chirurgico. Vengono riportate inoltre due indagini eseguite sui pazienti, attraverso la somministrazione di due questionari, che avevano lo scopo di rilevare il loro livello di soddisfazione percepita rispetto all'assistenza ricevuta durante la degenza e la loro percezione rispetto alle informazioni ricevute durante la degenza ospedaliera e in preparazione alla dimissione. Attraverso l'osservazione consecutiva per una settimana di un campione di pazienti e operatori nelle due chirurgie sono state riportate le dimensioni clinico-assistenziali di stabilità/instabilità, di autocura, di dipendenza dei pazienti degenti in chirurgia con la finalità di descrivere l'impegno assistenziale richiesto per pianificare azioni a sostegno dello sviluppo di competenze e strumenti in grado di migliorare la risposta assistenziale. Nel capitolo vengono espone inoltre le azioni di coinvolgimento e supporto al cambiamento organizzativo e le strategie di risoluzione delle problematiche emerse.

Nella quarta ed ultima parte vengono discussi i risultati e riportate le conclusioni del lavoro di tesi.

1. Il cambiamento organizzativo: aspetti teorico-concettuali

Il cambiamento costituisce un fenomeno universalmente presente nell'esperienza delle organizzazioni di tutti i tempi e di tutti i tipi (Rebora & Minelli, 2007). Può essere definito come il verificarsi di un evento che richieda all'organizzazione un adeguamento dei propri obiettivi o una ridefinizione della propria strategia o delle proprie modalità operative.

Il contesto mutevole richiede alle aziende sanitarie pubbliche una continua rivisitazione delle vecchie pratiche consolidate, a volte si rende necessario riprogettare la propria organizzazione in modo da affrontare, e se possibile anticipare, i cambiamenti esterni.

Oggi le aziende sanitarie pubbliche sono costantemente sollecitate dalla presenza di un numero crescente di *competitor* (strutture extra-regionali, strutture private), dall'affermarsi di una concezione diversa dell'utente/del paziente, il quale è sempre più consapevole di ciò che chiede, e da un progresso tecnologico che favorisce continue innovazioni nei processi "produttivi" e innovazioni organizzative.

In tale contesto è fondamentale avere un approccio proattivo al cambiamento, considerandolo come un'occasione di crescita, un'opportunità da cui trarre il proprio vantaggio competitivo. Un cambiamento che trasformi profondamente un'organizzazione è però difficile da realizzare se non viene data la dovuta importanza ai processi umani e relazionali (cultura, clima, *leadership*...) che costituiscono il tratto distintivo di un'azienda.

Si parla di cambiamento organizzativo quando le organizzazioni modificano i propri sistemi e sotto-sistemi organizzativi per sopravvivere nei contesti caratterizzati da incertezza e da esigenze di cambiamento continuo attivato dalla capacità innovativa delle esperienze di successo.

Oggi vi è generale consenso sul fatto che il cambiamento organizzativo costituisca una delle principali sfide per il *management*, tale da richiedere lo sviluppo di specifiche competenze e abilità, ma si riconosce anche che i programmi di *change management* registrano un alto tasso di fallimento.

Numerose ricerche sui cambiamenti organizzativi testimoniano che circa il 70% dei cambiamenti organizzativi fallisce perché non vengono adeguatamente sostenuti da una diagnosi dei processi psicosociali implicati, da strategie di accompagnamento e di supporto (Higgs, 2010; Burke, 2010; Ferlie & Shortell, 2001; Higgs & Rowland, 2000; Hammer & Champy, 1993; Kotter, 1990).

L'aspetto sfidante di una prospettiva di cambiamento organizzativo riguarda, però, anche le teorie del *management* e dell'organizzazione necessarie alla comprensione di un fenomeno difficile da affrontare (Burnes, 2009; Rebora & Minelli, 2007; Todnem By, 2005; Burke, 2000).

1.1 Spinte al cambiamento nelle organizzazioni

Le organizzazioni cambiano perché sottoposte a molteplici spinte verso il cambiamento; tali spinte possono essere esterne, interne e individuali.

Le **spinte esterne** sono generalizzabili e comuni a tutte le organizzazioni e possono essere individuate con l'introduzione di nuove tecnologie (informatizzazione, telematica), il cambiamento delle caratteristiche della forza lavoro (aumento del tasso di occupazione femminile, alti livelli di istruzione, nuove e diverse esigenze da parte di lavoratori provenienti da culture diverse), le pressioni socio-politiche e gli eventi critici che possono riguardare un momento storico (Argentero, Cortese, & Piccardo, 2009; Kreitner & Kinicki, 2004).

Le **spinte interne** sono contestuali, contingenti e specifiche alla singola realtà organizzativa. Si possono ricondurre ai problemi connessi con la gestione delle risorse umane (percezioni dei dipendenti verso il lavoro che svolgono, il senso di equità, la soddisfazione al lavoro, la motivazione lavorativa, l'assenteismo, il turnover, la partecipazione lavorativa, il coinvolgimento nel lavoro) e alle decisioni e ai comportamenti manageriali (stile di *leadership*, conflitti tra il *management* e i collaboratori, il sistema retributivo, la riorganizzazione).

Le **spinte individuali** (percorsi di carriera, lo sviluppo dei ruoli lavorativi, l'ingresso nelle organizzazioni) sono legate alla persona e al suo percorso lavorativo (Argentero et al., 2009).

1.2 Cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche

L'esigenza di maggiori livelli di flessibilità diviene fondamentale nelle aziende sanitarie caratterizzate da una profonda complessità, derivante dal fatto che i risultati dipendono non solo dalle singole prestazioni, ma anche da come queste sono coordinate.

I sistemi sanitari mostrano notevoli difficoltà nel perseguire obiettivi di efficienza (rapporto tra risorse e servizi prodotti), efficacia sociale (rapporto tra servizi offerti e bisogni sociali), adattamento dinamico ed economicità. Tale situazione ha fatto emergere, negli ultimi anni, la necessità di profondi progetti di cambiamento che hanno richiesto l'esigenza di focalizzare l'attenzione maggiormente sugli aspetti organizzativi e culturali (Boccardelli & Fontana, 2004).

Nel 2002 Reborja, interpretando quanto emerge dalle ricerche in materia (Pralahad & Hamel, 1990; Lawrence & Dyer, 1983) raggruppa le diverse spinte al cambiamento in due distinti gruppi capaci di generare tensione sulla strategia (deriva dalle condizioni di variabilità e incertezza nell'ambiente capaci di generare opportunità e minacce) e tensione sulle risorse (deriva da vincoli e restrizioni che limitano l'accesso o il pieno utilizzo delle risorse finanziarie, tecnologiche-strutturali, umane e relazionali necessarie per il normale funzionamento dell'organizzazione o per consentire alla stessa di adattarsi alle esigenze e alle opportunità che si manifestano).

Con riferimento al contesto sanitario, alla luce di questa classificazione è possibile individuare tra le principali spinte al cambiamento che hanno generato tensioni di tipo strategico:

- gli interventi sugli assetti istituzionali come il cambiamento del quadro normativo (ad esempio il decentramento) e l'attività di programmazione regionale tesa a garantire forme di cooperazioni infra-regionali (Adinolfi, 2000);
- l'evoluzione tecnologica e il rapporto tra innovazione e organizzazione (Rapporto Sanità, 2006);
- l'autonomia aziendale nella definizione delle responsabilità organizzative (Rapporto OASI, 2006);
- l'invecchiamento della popolazione: l'aumento della popolazione anziana comporta un continuo ricorso ai servizi sanitari (Rapporto CEIS, 2006);

- i cambiamenti socio-culturali: la grande importanza data all'utente in questi anni, il quale, all'interno del sistema sanitario, ha la libertà di scegliere la struttura che meglio risponde alle proprie aspettative, aumentate a causa dell'innovazione tecnologica, fa nascere l'esigenza di riorganizzare la struttura intorno al paziente;
- la competitività interregionale.

Con riferimento alle spinte associabili alle risorse si rilevano:

- i vincoli economici e finanziari (Patto di stabilità, Intesa Stato-Regioni);
- la legislazione relativa agli appalti;
- la riforma del sistema del pubblico impiego con la possibilità di attingere direttamente dal mercato di lavoro;
- l'aumento e la circolazione delle informazioni (Internet, Carta dei Servizi, Ufficio per le Relazioni con il Pubblico).

Tra i fattori di cambiamento l'innovazione tecnologica trasforma i rapporti tra le organizzazioni riducendo le barriere e creando modelli di interazione più aperti (Centro unico di prenotazione), migliora la velocità nello scambio di informazioni permettendo di catturare maggiore conoscenza e di renderla più disponibile (*Picture archiving and communication system*, Pacs), migliora la flessibilità dei processi e migliora i sistemi decisionali. Lo sviluppo tecnologico non è solo una causa di cambiamento, ma è anche un fattore indispensabile per la sua gestione.

Questi fattori hanno indotto le organizzazioni sanitarie ad un complessivo ripensamento del sistema di offerta. Il cambiamento si traduce in maggior attenzione al paziente/utente, si afferma una nuova *vision* dell'utente, che ha esigenze sempre più diversificate ed evolute, conseguenza di fattori economici-demografici e dei diversi stili di vita, ma anche dell'insolito potere garantito loro dall'informazione. La gestione del cambiamento è finalizzata alla creazione di valore e il cambiamento viene inteso come processo di creazione del valore. Il valore per il paziente/utente, che rappresenta la vera finalità istituzionale di un'azienda sanitaria pubblica si traduce in trattamenti efficaci e appropriati (*Evidence Based Practice*), riduzione del costo per il paziente/utente, qualità dei servizi, equità, riduzione dei tempi di attesa.

1.3 Cambiamento organizzativo e innovazione

La letteratura sul cambiamento offre numerose definizioni, ciascuna con sottolineature diverse, notevole è la confusione esistente sul concetto di cambiamento organizzativo spesso scambiato con quello di sviluppo organizzativo e di innovazione.

Si riportano in ordine cronologico alcune definizioni sul **cambiamento organizzativo** (Tabella 1.1).

Tabella 1.1 Definizioni di cambiamento organizzativo (Piccardo & Colombo, 2007)

“Il cambiamento è una temporanea instabilità che agisce sull’equilibrio esistente” (Lewin, 1951)
“Il cambiamento è un fenomeno che ha un aspetto tecnico e uno sociale: l’aspetto tecnico del cambiamento consiste nel realizzare una modificazione nei consueti procedimenti meccanici del lavoro [...] l’aspetto sociale del cambiamento si riferisce al modo in cui le persone, che sono direttamente coinvolte nello stesso processo di cambiamento, pensano che esso modificherà le loro radicate relazioni nell’organizzazione” (Lawrence, 1954)
“Il cambiamento ha come risultato il conseguimento di nuove modalità di azione, di nuovi valori e atteggiamenti per significativi gruppi di individui, membri dell’organizzazione” (Schein, 1969)
“Il cambiamento induce maggior interesse e coinvolgimento per orientare e gestire interventi finalizzati a trasformare e sviluppare l’organizzazione, e aumenta l’esigenza e il bisogno di disporre di strategie efficaci coerenti con sempre più impegnative sfide di cambiamento” (Beckard & Harris, 1977)
“Il cambiamento è trasformazione di un sistema d’azione [...] una operazione che mette in gioco la capacità di gruppi diversi, impegnati in un sistema complesso, a collaborare in modo diverso nella stessa azione [...] una scoperta e una costruzione umana [...] la rottura di circoli viziosi già istituiti” (Crozier & Friedberg, 1978)

Da tali definizioni emerge che:

- nei processi di cambiamento vi è un’evidente relazione tra organizzazione ed ambiente esterno;
- il cambiamento induce la relazione reciproca tra organizzazione ed individuo;
- risulta difficile distinguere il cambiamento come “passaggio di forme” dell’organizzazione e come strategia finalizzata allo sviluppo.

In anni più recenti, diversi autori hanno proposto altre definizioni che si focalizzano sulle dimensioni dinamiche e processuali:

- “Insieme di azioni pensate e orientate dichiaratamente e deliberatamente verso un obiettivo di mutamento dell’organizzazione” (Quaglino, 1990);
- “Processo dinamico e evolutivo delle culture, delle strutture, delle strategie e dei gruppi di potere nelle organizzazioni” (Fraccaroli, 1998);

- “L’adozione da parte di un’organizzazione di una nuova idea, intenzione o comportamento” (Daft & Noe, 2001);
- “Il movimento di un’organizzazione dal presente stato a uno stato futuro/desiderato per aumentare la sua efficacia” (George & Jones, 2002).

Da queste definizioni si deduce che per cambiamento organizzativo s’intende un mutamento pianificato e deliberato compiuto per modificare il funzionamento del sistema organizzativo alla ricerca di un’efficacia sempre maggiore.

Il cambiamento viene considerato come un atto intenzionale, programmato per rispondere alle esigenze del sistema organizzativo considerato. Questo tipo di intervento necessita di abilità diagnostica e abilità tecnica dell’agente di cambiamento (colui che promuove e gestisce il cambiamento): la prima per comprendere le nuove esigenze organizzative, la seconda per progettare razionalmente prima e attuare poi, interventi trasformativi coerenti con gli obiettivi iniziali.

Il cambiamento organizzativo si associa spesso alla necessità di un riorientamento strategico con effetti sulla composizione degli assetti delle risorse aziendali e sui comportamenti delle persone. Cambiamento strategico e cambiamento organizzativo differiscono tra di loro. Il primo riguarda i rapporti tra l’azienda e l’ambiente esterno, vale a dire come si pone l’azienda nei confronti della concorrenza (apertura di nuovi reparti, la scelta di specializzarsi in un’area), mentre il secondo riguarda l’interazione tra le diverse variabili interne dell’azienda, come la struttura organizzativa, i processi, l’organismo personale, i meccanismi operativi (Rebora, 2002). Ogni cambiamento strategico richiede un cambiamento organizzativo che comporta una rottura con il vecchio modo di lavorare.

Dalla letteratura psicosociale emerge una delle definizioni di innovazione, ritenute più complete e significative.

Battistelli e Picci (2009) riportano la definizione di West e Farr (1990), propria di alcuni autori (Anderson, De Dreu, & Nijstad, 2004; Janssen, Van de Vliert, & West, 2004), che considerano il processo come *“la volontaria introduzione e applicazione in un ruolo, in un gruppo, o in un’organizzazione, di idee e processi nuovi e importanti per la relativa unità d’adozione, messi in pratica per apportare dei benefici significativi all’individuo, al gruppo, all’organizzazione o all’intera società”*.

Tale definizione racchiude tre caratteristiche essenziali: la prima considera la novità non assoluta ma relativa all'individuo, al dipartimento, al team organizzativo coinvolti nel nuovo metodo o procedura di lavoro; la seconda si riferisce alla volontà di ricercare l'impatto in termini di beneficio, la terza individua l'esigenza di prevedere particolari effetti/conseguenze a diversi livelli di analisi (Anderson & King, 1993).

Anderson, De Dreu e Nijstad (2004) affrontano il concetto di innovazione individuale o di ruolo definendola come l'intenzionale introduzione e applicazione di nuove idee all'interno di un ruolo lavorativo, di un gruppo o all'organizzazione con l'intento di apportare un beneficio alla performance.

Nello specifico tale comportamento si esprime nel processo complesso che attraversa le fasi dalla generazione, alla promozione e all'implementazione delle nuove idee. Riassumendo gli aspetti principali che caratterizzano l'innovazione sono:

- l'intenzionalità a ottenere un miglioramento nelle pratiche e nei prodotti;
- la presenza di una forte componente sociale e applicativa dell'innovazione;
- la generazione e l'implementazione delle idee avvengono sempre in un contesto sociale e organizzativo;
- un'innovazione per essere definita tale deve essere concretamente realizzata;
- un'innovazione è tale se costituisce un miglioramento significativo (inteso come un beneficio sia a livello di performance che a livello di benessere psicologico) per l'organizzazione, per un gruppo o per un singolo ruolo;
- un'innovazione è tale anche se non rappresenta una novità assoluta per l'organizzazione.

L'intenzionalità e il miglioramento significativo distinguono l'innovazione dall'essere semplicemente un cambiamento.

Il concetto di innovazione è incluso in quello di cambiamento cioè un'innovazione implica sempre un cambiamento ma un cambiamento non necessariamente è un'innovazione (West & Farr, 1990).

1.4 Contenuti del cambiamento

L'organizzazione è un sistema fatto di parti interdipendenti: un mutamento in una qualsiasi delle sue parti ha un impatto su tutte le altre, infatti cambiamenti nell'ambiente di lavoro e nelle tecnologie provocano alterazioni nelle strutture organizzative, nei modelli di autorità, di comunicazione e, più generalmente, nei ruoli professionali.

Daft e Noe (2001) hanno individuato tre **oggetti di cambiamento organizzativo**:

- **cambiamento della struttura e delle strategie organizzative**: coinvolge principalmente il *management* (livelli medio-alti nella gerarchia organizzativa). Include cambiamenti nel sistema di ricompense, di controllo e di coordinamento in aggiunta a quelli nelle caratteristiche strutturali e negli obiettivi strategici dell'organizzazione;
- **cambiamento dei processi di lavoro e dell'ambiente lavorativo**: riguarda il modo in cui le persone lavorano. Viene attivato ai vertici della piramide gerarchica anche se le spinte possono provenire dai livelli più bassi dell'organigramma. Comporta, ad esempio, programmi sul benessere e sulla qualità della vita dei lavoratori, programmi di cambiamento nella progettazione del lavoro e di valorizzazione dell'*empowerment*;
- **cambiamento culturale**: si riferisce a cambiamenti nei valori, nelle norme, negli atteggiamenti, nelle credenze e nei comportamenti degli attori organizzativi. L'azione è sui pensieri, sulle percezioni, sulle rappresentazioni e sugli atteggiamenti delle persone, su ogni area dell'organizzazione e su diversi livelli della cultura stessa (Avallone, 2011).

Oltre a riguardare la progettazione organizzativa (attività inerenti il ridisegno dei processi, delle strutture e dei ruoli aziendali) e la gestione del personale (attività che esercitano un impatto diretto sulle risorse umane) i cambiamenti possono riguardare la gestione del sistema informativo che permette di collegare i processi, ridurre i tempi, distribuire le informazioni e le conoscenze necessarie per rendere l'organizzazione flessibile (Rebora, 2002).

Dato che al modificare di uno di questi aspetti bisogna cambiare necessariamente gli altri, è necessario considerare il cambiamento in termini sistemici attuando un approccio olistico.

La riprogettazione dei processi non è sufficiente se non è accompagnata da interventi nell'area delle risorse umane e dei sistemi informativi. Nel primo caso si tratta di modificare le modalità di lavoro e potenziare le capacità di apprendimento, mentre nel secondo di assicurare la condivisione di informazioni.

Gestire un processo di cambiamento vuol dire assicurare una trasformazione condivisa, coerente e coordinata di tutte le componenti aziendali.

L'approccio per processi risulta vitale per l'organizzazione sanitaria in quanto consente di seguire un vero e proprio percorso di ottimizzazione attraverso alcune metodologie diffuse come il *Risk Management*, il *Quality Function Deployment* (Vignati & Bruno, 2004).

1.5 Tipologie di cambiamento organizzativo

Nel 1999 Weick e Quinn hanno suddiviso il cambiamento in **discontinuo (episodico)** e **continuo**.

Cambiamento discontinuo (episodico). Il cambiamento discontinuo è caratterizzato da rapidi cambiamenti di strategia o di struttura o di cultura organizzativa o di tutti e tre insieme. Questo tipo di cambiamento può essere determinato da eventi interni come il cambiamento del personale o eventi esterni all'organizzazione come i cambiamenti tecnologici (Grundy, 1993). Può avvenire durante i periodi di divergenza in cui le organizzazioni si stanno spostando dalle loro condizioni di equilibrio. La divergenza è il risultato di un crescente disallineamento tra una struttura profonda inerte e le percezioni delle richieste dell'ambiente.

Secondo Luecke (2003) il cambiamento discontinuo è un evento che si svolge attraverso iniziative di grandi dimensioni distanti tra di loro che sono seguite da lunghi periodi di consolidamento e di quiete. Questo approccio è sia efficace sia vantaggioso dal punto di vista economico in quanto non promuove un processo infinito di iniziative di cambiamento costose e determina meno conseguenze negative rispetto al cambiamento continuo. Altri autori invece sottolineano che i benefici derivanti dal cambiamento discontinuo non durano nel tempo (Taylor & Hirst, 2001).

Cambiamento continuo. In netto contrasto con il cambiamento discontinuo, Burnes (2009) definisce il cambiamento continuo come la capacità di cambiare continuamente in modo tale da stare al passo con la rapida evoluzione. Le organizzazioni attraverso un processo continuo di piccole e continue correzioni creano un cambiamento sostanziale (Luecke, 2003).

Il cambiamento continuo è guidato da uno stato di allerta e inabilità dell'organizzazione a rimanere stabile; tale tendenza allo stare all'allerta e al disequilibrio sono rare.

I primi approcci e le teorie di gestione del cambiamento organizzativo hanno sottolineato che le organizzazioni non possono essere efficaci o migliorare le prestazioni se si trovano in continuo cambiamento (Rieley & Clarkson, 2001). Oggi, invece la ricerca tende ad affermare l'importanza vitale, per le organizzazioni, di essere in grado di attivare continui cambiamenti (Burnes, 2009). Il successo dell'azienda è legato sempre più alla capacità di impegnarsi in un cambiamento continuo che le permetta di adattarsi in modo flessibile alle trasformazioni ambientali.

Weick e Quinn (1999) fornirono un nuovo modo di applicare il modello del processo di cambiamento alle tre fasi di Lewin.

Gli autori affermarono che il cambiamento episodico dovrebbe seguire le fasi concettualizzate originariamente da Lewin, cioè scongelamento-movimento-ricongelamento, mentre il cambiamento continuo per essere efficace dovrebbe essere più di tipologia processuale congelamento-riequilibrio-scongelamento. Congelare il cambiamento continuo è identificare quotidianamente modelli di riferimento nelle organizzazioni e rinforzarli. Riequilibrare significa cambiare i modelli in modo tale che rimangano solo poche barriere e restrizioni affinché il cambiamento continuo possa svilupparsi liberamente. Scongellare dopo il riequilibrio significa innovare e trovare nuovi modi di assicurare continui cambiamenti. Questi nuovi modi evolvono dalla consuetudine di cercare continuamente mezzi per migliorare i modi con cui si realizza il lavoro e di continuare ad aumentare l'interdipendenza critica dei membri dell'organizzazione.

Porras e Silvers (1991) hanno fornito alcune utili distinzioni per aiutare a comprendere più approfonditamente il modo in cui il cambiamento organizzativo avviene: cambiamento **programmato** e **non programmato (accidentale)**, cambiamento di **primo ordine (evolutivo)** e di **secondo ordine (rivoluzionario)**.

Il cambiamento programmato. Si tratta di una decisione deliberata e consapevole allo scopo di migliorare l'organizzazione o di cambiare il sistema. E' il risultato di uno specifico sforzo da parte di agenti di cambiamento (coloro che promuovono e gestiscono il cambiamento). E' la risposta alla percezione di una discrepanza in termini di prestazione tra uno stato desiderato e lo stato presente: tale divario può rappresentare un effettivo problema da affrontare oppure un'opportunità da esplorare. Il cambiamento programmato è quello sforzo messo in atto per affrontare tale divario, con l'obiettivo di produrre benefici per l'organizzazione e per i suoi attori (Eldred II & Tippet, 2002).

Il cambiamento non programmato (accidentale). In tale caso l'organizzazione deve rispondere a qualche cambiamento esterno non anticipato. Esso si verifica, infatti, spontaneamente e in modo del tutto casuale. Nel cambiamento non programmato la risposta è di tipo adattivo e spesso spontanea (Burke, 2010; Piccardo & Colombo, 2007).

Il cambiamento di primo ordine (evolutivo, graduale). Consiste in miglioramenti, step incrementali per la risoluzione di un problema o il cambiamento di una parte di un sistema più ampio come ad esempio l'eliminazione di un livello di *management* o amministrazione nella gerarchia organizzativa, anziché una deviazione più importante come un cambiamento nella *mission* organizzativa (Burnes, 2009). Prende avvio dalla situazione esistente, si propone di individuare i punti di debolezza e di realizzare degli interventi mirati per correggere le inefficienze riscontrate. Tali interventi vengono di solito attuati gradualmente nel tempo (esempio: istituzione di un nuovo reparto ospedaliero). Molti cambiamenti organizzativi fanno riferimento al miglioramento continuo (*kaizen*). Ciascuno di essi potrebbe essere parte di un più ampio processo di cambiamento eventualmente rivoluzionario. Il cambiamento rimane di tipo evolutivo, tuttavia, laddove ciascuno di questi cambiamenti evolutivi non impatti il tutto e la struttura profonda non sia fondamentale modificata. Più del 95% dei cambiamenti organizzativi sono evolutivi.

Il cambiamento di secondo ordine (rivoluzionario). Si tratta di un cambiamento più fondamentale e radicale e ci si riferisce a questo come ad una “trasformazione organizzativa”, un cambiamento della struttura organizzativa profonda, un cambiamento paradigmatico. Consiste nel superare l’assetto attuale elaborando delle situazioni totalmente nuove. La situazione esistente non è un punto di base sulla quale lavorare, ma si preferisce mettere tutto in discussione (esempio: apertura nuovo presidio ospedaliero).

Le resistenze al cambiamento rivoluzionario sono abbastanza forti e l’incertezza del successo del progetto è maggiore rispetto al cambiamento graduale.

Per questi motivi i cambiamenti di secondo ordine, che rappresentano una vera e propria rottura con il passato, si verificano raramente, mentre quelli di primo ordine sono molto più diffusi e numerosi.

Molte organizzazioni considerano i processi di gestione del cambiamento in modo reattivo: una strada da intraprendere in momenti di crisi o di fronte a concorrenti particolarmente innovativi. Il cambiamento, attuato nei tempi giusti, permette di anticipare i mutamenti esterni e di mantenere adeguati livelli di competitività.

Un approccio proattivo permette di avviare il cambiamento per prevenire situazioni di declino e garantire condizioni di sviluppo. L’azienda, non solo dovrà guardare a ciò che fa (*mission*) migliorando i propri processi, ma dovrà innovarli immaginando futuribili scenari (*vision*); ciò le permetterà di poter essere competitiva nei tempi giusti.

1.6 Ruoli nel cambiamento organizzativo

Durante un processo di cambiamento organizzativo, si possono individuare diversi ruoli associati ai vari aspetti del cambiamento.

Merlyn e Parkinson (1995) hanno individuato i seguenti ruoli nelle aziende sanitarie pubbliche:

- i fautori del cambiamento (*change advocates*): sono coloro che desiderano il cambiamento, ma sono privi del potere di legittimazione. Devono concentrare le loro energie sulla ricerca e sulla costruzione della *sponsorship*, illustrando a chi può fungere da sponsor le opportunità di cambiamento;

- gli sponsor promotore (*initiating sponsor*): sono individui o gruppi di persone che hanno il potere di determinare il verificarsi di un cambiamento e di legittimarlo. La sponsorizzazione dei vertici aziendali è rivolta a migliorare il livello di coinvolgimento e motivazione degli operatori interessati al cambiamento. E' importante che la *sponsorship* non sia semplicemente formale, ma si traduca in una partecipazione attiva ed esplicita, soprattutto, in termini di tempo dedicato al progetto. Lo sponsor ha il potere di manovra sulle risorse umane/finanziarie e tale potere deve essere visibile e noto all'interno dell'organizzazione. E' un ruolo che può essere ricoperto da persone di primo piano che stanno al vertice come ad esempio personaggi politici (Assessore alla Sanità) o persone che operano nell'azienda ad un certo livello di potere (Direzione strategica, Direzione dipartimentale);
- gli uffici di staff: devono monitorare il processo di cambiamento organizzativo, dal punto di vista non solo dei risultati che si vanno acquisendo, ma anche degli umori e delle posizioni che si vanno determinando intorno al programma di cambiamento, permettendo di cogliere costantemente l'avanzamento dei lavori;
- gli agenti del cambiamento (*change agents*): coloro che attuano il cambiamento. Devono avere grandi capacità di relazione interpersonale (nella formazione dei team, nel problem solving, nella comunicazione per annunciare il cambiamento). Normalmente questo è il ruolo dei dirigenti di livello intermedio, può essere affidato a consulenti esterni, ma in taluni casi è fondamentale il ruolo del facilitatore interno che, operando come sponsor continuatore (*sustaining sponsor*), è colui che porta a destinazione il cambiamento (Valentino, 2004);
- la consulenza esterna: il ricorso a questo supporto, che viene utilizzato soprattutto nelle fasi di analisi, si verifica soprattutto in momenti di crisi in cui c'è bisogno di utilizzare competenze più tecniche per affrontare il processo di gestione del cambiamento. Possono essere considerati consulenti esterni anche i pazienti che, esprimendo i loro bisogni e il loro grado di soddisfazione, possono dare delle indicazioni utili all'azienda per intraprendere un processo di cambiamento;

- i destinatari del cambiamento (*change recipients*): sono persone o gruppi ai quali si chiede di modificare le loro conoscenze, abilità, atteggiamenti o comportamenti come risultato del cambiamento; normalmente si tratta di un gruppo di lavoro (unità operativa di medicina, etc.) oppure degli stessi pazienti (ad esempio utilizzo di nuovi strumenti di prenotazione).

Il consenso ai vari livelli dell'organizzazione deve essere perseguito attraverso un piano di comunicazione interno. Per procurarsi la *sponsorship* di cui hanno bisogno, i fautori del cambiamento devono definire esattamente cosa intendono cambiare e come pensano di misurare i risultati; inoltre devono definire il loro grado di adesione all'iniziativa e la loro responsabilità. Lo sponsor stabilirà anche l'ambito nel quale devono lavorare gli agenti, che devono tra l'altro valutare gli aspetti umani e tecnici del progetto di cambiamento, individuare e superare le eventuali resistenze.

1.7 Antecedenti al cambiamento

Nel 2011 Oreg, Vakola e Armenakis nella loro revisione sistematica hanno sintetizzato gli studi degli ultimi 60 anni sugli antecedenti al cambiamento che si suddividono in antecedenti pre cambiamento e antecedenti del cambiamento stesso (Tabella 1.2).

Tabella 1.2 Antecedenti del cambiamento

Antecedenti pre cambiamento	Antecedenti del cambiamento
Caratteristiche dei destinatari <ul style="list-style-type: none"> • tratti di personalità (locus of control, autoefficacia, stato affettivo, resistenza al cambiamento, cinismo, apertura a nuove esperienze, coscienziosità) • stili di coping • motivazione • variabili demografiche Contesto interno <ul style="list-style-type: none"> • ambiente che supporta il cambiamento • gestione basata sulla fiducia • commitment organizzativo • cultura e clima organizzativo • caratteristiche del lavoro • soddisfazione lavorativa • lavoro in team • qualità del lavoro 	Processo di cambiamento <ul style="list-style-type: none"> • partecipazione • comunicazione e l'informazione • giustizia interazionale e procedurale • supporto durante il cambiamento • competenze di gestione del cambiamento • appropriatezza del cambiamento • incertezza relativa al cambiamento Percezione dei vantaggi e degli svantaggi <ul style="list-style-type: none"> • anticipazione di outcome negativi o positivi • insicurezza lavorativa • giustizia distributiva • impatto organizzativo e sulla carriera. Contenuti del cambiamento

Gli **antecedenti pre cambiamento** sono condizioni indipendenti dal cambiamento organizzativo che esistono prima dell'introduzione del cambiamento:

- a) le caratteristiche dei destinatari;
- b) il contesto interno.

a) Le caratteristiche dei destinatari

Una gran parte degli studi sulle reazioni dei destinatari al cambiamento organizzativo considerano le caratteristiche dei destinatari come variabili che predicono e spiegano le loro reazioni. Esse comprendono: i tratti di personalità, gli stili di coping, la motivazione e le variabili demografiche (Cunningham et al., 2002).

I tratti di personalità

Diversi sono i tratti di personalità correlati con le reazioni dei destinatari al cambiamento. In tale sede verranno considerati il locus of control, l'autoefficacia e lo stato affettivo.

Locus of control (modo con il quale una persona percepisce se stessa rispetto al controllo del proprio destino e degli eventi): un locus of control interno (presente nelle persone che credono nella propria capacità di controllare gli eventi) è correlato positivamente con reazioni positive al cambiamento organizzativo (Holt, Armenakis, Feild, & Harris, 2007) come la maggior accettazione del cambiamento (Wanberg & Banas, 2000), un aumento del benessere psicologico e della soddisfazione lavorativa (Martin, Jones, & Callan, 2005) e una diminuzione della tensione psicologica (Paulsen et al., 2005). Il locus of control interno è correlato negativamente con i problemi di salute mentale, con l'insoddisfazione lavorativa e con la tensione causata dal lavoro (Naswall, Sverke, & Hellgren, 2005).

Autoefficacia: secondo Bandura (1977) l'autoefficacia è la “*credenza nutrita dalla persona a proposito della propria capacità di attuare i comportamenti necessari per raggiungere determinati risultati ed obiettivi*”. Alcuni ricercatori hanno studiato l'autoefficacia come un concetto generale, un aspetto stabile della propria personalità, altri si sono focalizzati sull'autoefficacia correlata al cambiamento (Herold et al., 2007).

In generale alti livelli di autoefficacia sono associati con un aumento dell'accettazione del cambiamento (Wanberg & Banas, 2000), elevati livelli di disponibilità, d'impegno nel cambiamento (Cunningham et al., 2002), di commitment (Herold et al., 2007) e di coping al cambiamento (Martin et al., 2005).

Stato affettivo (positivo e negativo): l'affettività positiva è correlata con il coping al cambiamento, l'accettazione del cambiamento e la disponibilità al cambiamento organizzativo (Holt et al., 2007).

I destinatari al cambiamento con uno stato affettivo negativo, con pensiero pessimista sono più propensi a sperimentare outcome negativi; in particolare un aumento della tensione causata dal lavoro, problemi di salute mentale e insoddisfazione lavorativa (Naswall et al., 2005).

Altri tratti di personalità sono correlati alle reazioni dei destinatari al cambiamento e alle conseguenze del cambiamento organizzativo; alcuni esempi sono la resistenza al cambiamento, il cinismo, l'apertura a nuove esperienze, la coscienziosità.

Gli stili di coping

Le persone che adottano stili di coping focalizzati sul problema dimostrano una maggior disponibilità e partecipazione al cambiamento organizzativo (Cunningham et al., 2002). L'utilizzo di meccanismi di difesa come la negazione e l'isolamento causano un aumento dei comportamenti di resistenza rispetto all'utilizzo di meccanismi di difesa adattativi come l'umor e il comportamento anticipatorio.

La motivazione

Alcuni studi indicano la motivazione come antecedente delle reazioni al cambiamento. Le persone che sentono il bisogno di crescere e di autorealizzarsi si impegnano maggiormente, hanno un maggior orientamento all'apprendimento e partecipano attivamente al processo di cambiamento (Coyle-Shapiro & Morrow, 2003). Analogamente i destinatari al cambiamento con iniziativa personale elevata tendono a valutare più positivamente gli outcome del cambiamento (Hornung & Rousseau, 2007).

Le variabili demografiche

L'anzianità lavorativa, il livello di formazione e l'appartenenza ad un gruppo sindacale sono correlati positivamente con l'accettazione del cambiamento. L'età è un moderatore della relazione tra la percezione della giustizia distributiva e la percezione del rapporto tra le competenze che il soggetto ha, o ritiene di avere, rispetto a quelle messe in campo dall'organizzazione per raggiungere gli obiettivi. Nelle persone più anziane la relazione è meno forte (Iverson, 1996).

Altre variabili demografiche come il genere e il livello lavorativo vengono considerate un potenziale antecedente delle reazioni al cambiamento (Armstrong-Stassen, 1998).

b) Il contesto interno

Comprende l'ambiente che supporta il cambiamento e la gestione basata sulla fiducia, il commitment organizzativo, la cultura e il clima organizzativo e le caratteristiche del lavoro.

L'ambiente che supporta il cambiamento e la gestione basata sulla fiducia

I destinatari al cambiamento che hanno molta fiducia nel *management*, che si sentono supportati e rispettati, sono più ricettivi ai cambiamenti e più disponibili a collaborare (Coyle-Shapiro & Morrow, 2003; Cunningham et al., 2002). Al contrario le persone invece che percepiscono un ambiente lavorativo poco supportivo hanno reazioni negative e rifiutano il cambiamento (Martin et al., 2005). Alcuni studi hanno evidenziato l'importanza di una relazione di fiducia non solo tra il *management* e i destinatari al cambiamento ma anche tra colleghi (Oreg, 2006; Coyle-Shapiro & Morrow, 2003). Studi hanno dimostrato che il supporto sociale e organizzativo aumentano il comfort e le intenzioni di sostenere il cambiamento dei destinatari e diminuiscono la tensione emotiva (Cunningham et al., 2002).

Il commitment organizzativo

I destinatari al cambiamento che percepiscono un elevato commitment con l'organizzazione, ne accettano i suoi valori, sono più soddisfatti e sono disposti ad eseguire degli sforzi pur di rimanere in tale organizzazione.

Diversi studi dimostrano che i destinatari al cambiamento sono più disponibili a cambiare e quindi ad accettare il cambiamento (Madsen, Miller & John, 2005; Iverson, 1996).

La cultura e il clima organizzativo

La percezione positiva dell'ambiente di lavoro dei destinatari al cambiamento è un predittore della loro disponibilità a cambiare, della loro apertura e adattamento al cambiamento.

Analogamente un clima positivo basato sulla comunicazione e sull'informazione è predittore della disponibilità dei destinatari al cambiamento (Armenakis, Bernerth, Pitts, & Walker, 2007). Altri studi riportano che più i valori culturali esistenti all'interno dell'organizzazione sono in linea con la *vision* e gli obiettivi del cambiamento più i destinatari sono disponibili a sostenere il cambiamento.

Le caratteristiche del lavoro

La varietà del lavoro influenza la disponibilità del destinatario a collaborare durante il cambiamento (Eby, Adams, Russell, & Gaby, 2000).

Analogamente più i destinatari sono coinvolti in lavori psicologicamente impegnativi che prevedono un'importante presa di decisione più si rendono disponibili, partecipano e contribuiscono al cambiamento (Cunningham et al., 2002). L'identità, la varietà, l'importanza e l'autonomia nell'esecuzione del lavoro, il ricevere feedback sono correlati positivamente con la soddisfazione e la motivazione lavorativa, con la disponibilità a collaborare nel cambiamento e con il senso di responsabilità verso i risultati del cambiamento (Weber & Weber, 2001). Analogamente l'autonomia è correlata con la proattività (Hornung & Rousseau, 2007) e il commitment organizzativo (Iverson, 1996) e entrambi sono correlati con l'accettazione del cambiamento organizzativo.

Oltre ai fattori descritti, altri sono correlati con reazioni positive al cambiamento: la soddisfazione lavorativa, il lavoro in team e la qualità del lavoro.

Gli **antecedenti al cambiamento** comprendono degli aspetti che influenzano le reazioni dei destinatari al cambiamento:

- a) il processo di cambiamento;
- b) la percezione dei vantaggi e degli svantaggi;
- c) i contenuti del cambiamento.

a) Il processo di cambiamento

Le variabili del processo di cambiamento considerate sono la partecipazione, la comunicazione e l'informazione, la giustizia interazionale e procedurale, il supporto durante il cambiamento, le competenze di gestione del cambiamento.

La partecipazione

Gli studi sulla partecipazione si focalizzano sugli effetti della misura in cui i destinatari vengono coinvolti nella pianificazione e nell'attuazione del cambiamento. Tale partecipazione crea la percezione di poter contribuire e controllare il cambiamento (Armenakis & Bedeian, 1999). I destinatari del cambiamento che hanno alti livelli di partecipazione tendono ad essere più disponibili al cambiamento, ad accettarlo e a sostenerlo con più facilità, a ritenere il cambiamento non così stressante (Holt et al., 2007).

La partecipazione durante il processo di cambiamento è correlata positivamente con le emozioni positive, con una maggiore comprensione del significato del cambiamento e con un maggior coinvolgimento nella realizzazione dello stesso (Bartunek, Rousseau, Rudolph, & DePalma, 2006). Inoltre, la partecipazione aumenta la fiducia e il commitment per l'organizzazione; se avviene già nelle prime fasi del cambiamento diminuisce lo stress e le conseguenze ad esso correlate.

La comunicazione e l'informazione

Strettamente correlata alla partecipazione è la quantità e la qualità delle informazioni fornite relative al cambiamento. Una comunicazione sincera, supportiva ed efficace durante il processo di cambiamento è associata con le reazioni positive dei destinatari, come ad esempio la loro accettazione del cambiamento e la loro disponibilità a collaborare (Wanberg & Banas, 2000). Inoltre la comunicazione relativa al cambiamento è associata ad una diminuzione dell'ansia, dell'incertezza e dell'intenzione di turnover e a un aumento della fiducia nel *management* (Bordia, Hunt, Paulsen, Tourish, & DiFonzo, 2004; Paterson & Cary, 2002). Di conseguenza la mancanza di comunicazione durante il cambiamento può creare incertezza nei destinatari ed essere la causa di difficoltà di implementazione del cambiamento. Oltre alla quantità delle informazioni è di rilevante importanza anche il contenuto delle informazioni.

La giustizia interazionale e procedurale

La giustizia interazionale si riferisce al trattamento interpersonale che si riceve in un contesto lavorativo, quella procedurale all'imparzialità che si percepisce nei metodi e nelle procedure utilizzate per stabilire chi ottiene quali risultati. Alcuni studi correlano la giustizia interazionale e procedurale con le reazioni al cambiamento organizzativo (Armenakis et al., 2007). La giustizia procedurale è associata con un aumento dell'accettazione del cambiamento e un aumento del commitment al cambiamento (Korsgaard, Sapienza, & Schweiger, 2002).

Il supporto durante il cambiamento

Il cambiamento organizzativo può essere supportato dagli agenti di cambiamento e dagli opinion *leader*. Il supporto organizzativo percepito dai destinatari durante il cambiamento è associato con una aumentata disponibilità degli stessi a collaborare e con una diminuita percezione di effetti negativi relativi al cambiamento. Inoltre la percezione di supporto organizzativo durante un cambiamento influenza la resistenza, sia dal punto di vista emotivo che comportamentale (Oreg, 2006).

Le competenze di gestione del cambiamento

Alcuni studi valutano quanto il destinatario percepisce il *management* competente ed efficace nella gestione del cambiamento. Più il cambiamento viene percepito come gestito con competenza ed efficacia, più il destinatario si rende disponibile a supportare il cambiamento e meno stress percepisce (Lok, Hung, Walsh, Wang, & Crawford, 2005).

Altre variabili che influenzano le reazioni dei destinatari al cambiamento sono: l'appropriatezza del cambiamento e l'incertezza relativa al cambiamento.

b) La percezione dei vantaggi e degli svantaggi

Un elemento che determina l'accettazione o la resistenza al cambiamento da parte dei destinatari è la misura in cui il cambiamento è percepito come positivo o negativo. Quando il cambiamento viene percepito come un beneficio personale le reazioni allo stesso sono più positive (Dent & Goldberg, 1999).

Questa categoria comprende le seguenti variabili: l'anticipazione di outcome negativi o positivi, l'insicurezza lavorativa e la giustizia distributiva.

L'anticipazione di outcome negativi o positivi

Diversi studi considerano le reazioni dei destinatari al cambiamento che comportano conseguenze negative, come ad esempio il turnover, un carico di lavoro maggiore o la maggiore complessità del lavoro. In questi casi i destinatari percepiscono maggiore stress, sono meno aperti ad accettare il cambiamento (Cunningham et al., 2002), sono meno soddisfatti e coinvolti nel cambiamento (Oreg et al., 2011).

Al contrario, altri studi esplorano le reazioni dei destinatari al cambiamento che danno conseguenze positive come un lavoro più interessante e stimolante, lo sviluppo personale e professionale e l'aumento dello stipendio (Bartunek et al., 2006). In tal caso vi è una maggiore accettazione del cambiamento, un maggior commitment e un maggior impegno nel sostenere il cambiamento. I destinatari del cambiamento sono soddisfatti e non hanno intenzione di turnover (Herold et al., 2007; Fedor, Caldwell, & Herold, 2006).

L'insicurezza lavorativa

La percezione di insicurezza lavorativa è associata ad una maggior insoddisfazione lavorativa, a problemi di salute mentale e ad un aumento della tensione legata al lavoro (Naswall et al., 2005; Paulsen et al., 2005). Inoltre è associata ad una maggior resistenza al cambiamento e all'intenzione di turnover (Oreg, 2006).

La giustizia distributiva

Si riferisce alla percezione dell'equità dei risultati dati dal cambiamento e influenza le reazioni dei destinatari al cambiamento. L'ingiustizia distributiva durante il cambiamento è correlata con l'ansia, il cinismo, la resistenza al cambiamento, il commitment organizzativo, il commitment al cambiamento e le intenzioni di turnover del destinatario al cambiamento (Armenakis et al., 2007).

Altre variabili che influenzano le reazioni dei destinatari al cambiamento sono: l'impatto organizzativo e sulla carriera.

c) Contenuti del cambiamento

Pochi studi considerano la mera natura o il tipo di cambiamento come un possibile determinante delle reazioni dei destinatari al cambiamento. Per valutare l'impatto del contenuto del cambiamento, gli studi comparano le reazioni dei destinatari con differenti situazioni pre e post cambiamento o con differenti tipi di cambiamento organizzativo.

Il numero limitato di studi è dovuto alle difficoltà logistiche di comparare almeno due cambiamenti organizzativi; ciò, in genere, richiede l'accesso a più di una singola organizzazione, spesso difficile da ottenere. Non solo, ma per studiare i contenuti del cambiamento e dimostrare risultati validi il ricercatore deve prestare molta attenzione ai fattori di validità interna in quanto qualsiasi differenza potrebbe essere dovuta a diversi fattori.

L'implementazione di un programma di cambiamento che coinvolge attivamente i destinatari, ad esempio, porta conseguenze positive come un atteggiamento più favorevole al lavoro e migliori prestazioni. La percezione di un cambiamento che continua nel tempo è associata ad emozioni negative come paura, sfiducia e frustrazione. Inoltre la percezione del grado in cui il cambiamento è percepito come significativo, di forte impatto, e rilevante, media la relazione tra l'orientamento personale dei destinatari al cambiamento e le loro reazioni (Lau & Woodman, 1995).

1.8 Reazioni dei destinatari durante il cambiamento

Le reazioni al cambiamento possono essere suddivise in tre livelli di comprensione: affettivo, cognitivo e comportamentale (Piderit, 2000).

Reazioni affettive

Le reazioni affettive dei destinatari al cambiamento organizzativo possono essere positive o negative.

Tra le reazioni positive si osservano la soddisfazione relativa al cambiamento (Jones, Jimmieson & Griffiths, 2005), la gradevolezza, piacevolezza relativa al cambiamento (Bartunek, Rousseau, Rudolph & DePalma, 2006; Mossholder, Settoon, Armenakis & Harris, 2000) e il commitment al cambiamento di tipo affettivo (Walker, Armenakis & Bernerth, 2007).

Le reazioni negative comprendono lo stress (Amiot, Terry, Jimmieson & Callan, 2006; Bordia, Jones, Gallois, Callan & DiFonzo, 2006; Martin, Jones e Callan, 2005; Begley & Czajka, 1993), l'ansia (Oreg, 2006), la fatigue (Pierce & Dunham, 1992) e le emozioni negative come rabbia, risentimento, paura, frustrazione e sfiducia dei destinatari al cambiamento (Ashford, 1988; Fugate et al., 2002; Kiefer, 2005).

Reazioni cognitive

Le reazioni cognitive riguardano la valutazione e il valore che il destinatario dà al cambiamento. Comprendono la soddisfazione per le decisioni prese (Parsons et al., 1991), il commitment al cambiamento (Fedor, Caldwell & Herold, 2006; Herold et al., 2007; Bernerth, Armenakis, Feild e Walker, 2007), l'apertura al cambiamento (Axtell et al., 2002; Susskind, Miller & Johnson, 1998).

Reazioni comportamentali

Le reazioni comportamentali descritte negli studi si riferiscono a comportamenti espliciti o a intenzioni di comportamento in risposta al cambiamento. Comprendono: il coinvolgimento del destinatario nel cambiamento inteso come la partecipazione al cambiamento (Cunningham et al., 2002; Oreg, 2003), l'intenzione di supportare il cambiamento (Herscovitch & Meyer, 2002; Peach et al., 2005, Oreg, 2006), il coping (Amiot, Terry, Jimmieson & Callan, 2006; Judge et al., 1999) e l'accettazione del cambiamento (Paterson & Cary, 2002).

Altre reazioni studiate sono l'intenzione di resistere al cambiamento (Stanley, Meyer & Topolnytsky, 2005; Bovey & Hede, 2001). Gran parte degli studi valuta le reazioni dei destinatari al cambiamento secondo più livelli. Bartunek et al. (1999) hanno valutato sia le reazioni cognitive sia le risposte comportamentali dei destinatari al cambiamento.

In un altro studio, sono invece state considerate le reazioni affettive, come lo stress causato dal cambiamento, sia le reazioni comportamentali come l'assenteismo e l'intenzione di turnover (Martin, Jones & Callan, 2005).

Diverse ricerche studiano le reazioni dei destinatari sia durante il processo di cambiamento sia nella fase post cambiamento (Paterson & Cary, 2002; Wanberg & Banas, 2000).

1.9 Conseguenze del cambiamento

Le conseguenze del cambiamento si suddividono in conseguenze relative al lavoro e conseguenze personali (Oreg, Vakola e Armenakis, 2011).

Conseguenze relative al lavoro

La conseguenza studiata più frequentemente in letteratura è il commitment organizzativo (Cartwright & Cooper, 1993; Fedor, Caldwell & Herold, 2006; Gopinath & Becker, 2000; Oreg, 2006; Shapiro & Kirkman, 1999).

Seguono la soddisfazione lavorativa (Amiot, Terry, Jimmieson & Callan, 2006; Axtell et al., 2002), il coinvolgimento nel lavoro (Pierce & Dunham, 1992), l'assenteismo, il turnover o l'intenzione di turnover dall'organizzazione (Fried et al., 1996; Schweiger & Denisi, 1991). Sono studiati altri costrutti come la motivazione (Pierce & Dunham, 1992), i comportamenti di cittadinanza organizzativa (Shapiro & Kirkman, 1999) e la performance lavorativa (Judge et al., 1999; Lok et al., 2005).

In diversi studi la fiducia nel *management* è stata considerata come una conseguenza indiretta del cambiamento (Kiefer, 2005; Paterson & Cary, 2002) piuttosto che un antecedente delle reazioni al cambiamento. Altri studi analizzano come conseguenze indirette del cambiamento le caratteristiche del lavoro, gli esiti sulla carriera, il grado di conciliazione tra famiglia e lavoro (Judge et al., 1999; Bordia, Hunt, Paulsen, Tourish & DiFonzo, 2004).

La maggior parte degli studi prende in considerazione diversi outcome.

Conseguenze personali

Un numero inferiore di studi ha valutato le conseguenze del cambiamento a livello personale. Nello specifico sono stati considerati ad esempio: lo stato mentale, i problemi somatici (Cartwright & Cooper, 1993; Naswall, Sverke & Hellgren, 2005), la depressione e l'ansia (Axtell et al., 2002), lo stress (Bordia, Hunt, Paulsen, Tourish, & DiFonzo, 2004). Le condizioni favorevoli (ambiente supportivo, fiducia nel *management*) nelle quali è stato applicato il cambiamento, il coinvolgimento attivo dei destinatari nel processo di cambiamento sono correlati positivamente con gli atteggiamenti e i comportamenti dei destinatari verso l'organizzazione e il lavoro e la loro percezione di benessere lavorativo.

Gli studi che hanno descritto gli antecedenti al cambiamento e le conseguenze riportano che più il destinatario percepisce supporto da parte dell'organizzazione e del *management* più partecipa attivamente al cambiamento e più migliora il suo benessere lavorativo.

Diversi studi non hanno distinto le reazioni dei destinatari al cambiamento dalle conseguenze del cambiamento, altri studi le hanno distinto esplicitamente e hanno riportato che le reazioni esplicite al cambiamento mediano la relazione tra gli antecedenti e le conseguenze del cambiamento (Amiot, Terry, Jimmieson e Callan, 2006; Judge et al, 1999; Kiefer, 2005; Lok et al., 2005; Oreg, 2006; Paterson & Cary, 2002; Wanberg & Banas, 2000). Gli atteggiamenti dei destinatari al cambiamento mediano la relazione tra la personalità e le variabili di contesto con la soddisfazione lavorativa, il commitment e le intenzioni di turnover (Oreg, 2003; Wanberg & Banas, 2000). Inoltre, le emozioni dei destinatari al cambiamento mediano la relazione tra le condizioni lavorative, il supporto organizzativo e la situazione personale dei destinatari al cambiamento da una parte e la fiducia nell'organizzazione dall'altra. Lo studio di Mossholder e colleghi del 2000 ha esaminato la relazione tra l'affetto verso il cambiamento e gli outcome relativi al lavoro (ad esempio la percezione di autonomia nell'organizzazione, la soddisfazione lavorativa, il commitment organizzativo e le intenzioni di turnover).

1.10 Strategie per vincere le resistenze al cambiamento

Le resistenze sono presenti di norma in tutti i processi di cambiamento, si possono rintracciare a livello individuale, del gruppo o dell'organizzazione nel suo insieme.

Tra le possibili ragioni che determinano tali resistenze si trovano la cultura organizzativa e la struttura di potere: nessuna spinta al cambiamento risulta efficace in un'organizzazione, se essa viene vissuta come incompatibile con la cultura organizzativa prevalente e la struttura di potere interna (Tosi, Pilati & Mero, 2002).

Se il processo di cambiamento interessa un'area limitata del sistema organizzativo, la resistenza può dipendere anche dalle resistenze emerse in altre aree dell'organizzazione. I progetti di cambiamento si traducono spesso in modifiche nei compiti, negli individui (conoscenza, atteggiamenti e capacità), nella tecnologia o nella struttura organizzativa (organigramma, procedure, forme di coordinamento).

Un cambiamento in uno di essi implica spesso conseguenze sugli altri. Tali interdipendenze, se gestite in maniera non adeguata, possono causare il fallimento del processo. Considerata la significativa resistenza che è possibile incontrare in ogni progetto di cambiamento, è importante che i suoi promotori e realizzatori posseggano una soddisfacente conoscenza delle componenti chiave della struttura organizzativa verso cui si indirizza il processo.

La resistenza al cambiamento di chi deve assumere decisioni, a qualsiasi livello della gerarchia organizzativa, può essere spiegata da fattori evolutivi umani, che orientano le scelte secondo principi di certezza e coerenza. È, infatti, preferibile una situazione conosciuta, per quanto non soddisfacente, piuttosto che una situazione incerta che crea paura dell'ignoto, anche se questa si prospetta come vantaggiosa.

Negli anni Cinquanta Lewin propone un modello dinamico del comportamento dei gruppi che punta l'attenzione sulla tendenza a mantenere uno stato di equilibrio costante nel tempo anche in presenza di spinte di cambiamento. Lewin definisce il cambiamento come una temporanea instabilità che agisce sull'equilibrio esistente e considera il suo modello più come una teoria della stabilità che del cambiamento. Ogni organizzazione presenta forze per il cambiamento e forze per la stabilità. Partendo da un'ipotetica situazione di equilibrio, le spinte al cambiamento iniziano ad agire scontrandosi con le resistenze che vengono opposte al cambiamento stesso (tempo 1). Quando le spinte riescono a sconfiggere le resistenze, si verifica la fase di scongelamento (*Unfreezing*), che porta al cambiamento vero e proprio (*Change*) a alla successiva fase di ricongelamento (*Refreezing*). La nuova situazione può venire nuovamente minacciata da altre spinte, anche diverse dalle precedenti, che si scontrano con nuove resistenze, attivando un altro processo di cambiamento (tempo 2).

Lo *scongelamento* si verifica quando si realizza la rottura dell'equilibrio esistente: una diminuzione della prestazione, della soddisfazione e della partecipazione lavorativa, associati ad un aumento del malessere e dello stress percepito all'interno del contesto organizzativo, rappresentano alcune delle spinte che possono rendere precario l'equilibrio. Il *management* è chiamato a individuare tali fonti di insoddisfazione per attivare lo scongelamento, agendo sulle spinte e inibendo le resistenze al cambiamento.

Quando lo scongelamento della situazione è avvenuto, sono attivate specifiche azioni di *cambiamento* (seconda fase del processo) che coinvolgono gli attori, i compiti, le strutture, le tecnologie dell'organizzazione. Attraverso questa fase è possibile esercitare una certa influenza sulla direzione che prenderà il sistema sbilanciato, potendo agire sia sui singoli attori organizzativi in termini di nuovi modelli di comportamento, sia sulle strutture organizzative in generale.

Solo se sarà stato raggiunto un nuovo equilibrio, avrà luogo la fase di *ricongelamento* (terza fase del processo): i cambiamenti desiderati sono rinforzati e stabilizzati fino alla loro istituzionalizzazione come parte di una nuova routine.

Si valutano i progressi realizzati, accertandone i costi e i benefici e si affrontano eventuali difficoltà che minacciano l'istituzionalizzazione del cambiamento.

Così come Lewin, Schein (1987) ritiene che le norme, i valori e le procedure vengono selezionati fra un *range* di opzioni finalizzate all'obiettivo, in funzione del livello di ansia che queste comportano. L'ansia è la manifestazione sintomatica dello stress ed è fortemente correlata all'incertezza, il principale fattore di stress. L'impossibilità di prevedere con precisione gli esiti di un'azione, orientata al cambiamento, è alla base delle resistenze al cambiamento stesso. Il cambiamento è un processo complesso costituito da un certo numero di fasi distinte che, spesso, possono sovrapporsi o addirittura coincidere in tempi molto brevi, ma rimangono comunque concettualmente distinte. Schein ha rielaborato ed esteso ulteriormente i tre step di Lewin e li ha denominati stage.

Stage 1 Scongelo. Lo scongelamento crea la motivazione e la prontezza al cambiamento. E' possibile scongelare un'organizzazione attraverso tre modi:

- mancanza di conferma: dimostrare un bisogno di cambiamento, per esempio, facendo emergere l'insoddisfazione dei membri dell'organizzazione o fornire informazioni sul cambiamento radicale dell'ambiente esterno all'organizzazione che minaccia la sopravvivenza dello stress;
- induzione di colpa o ansietà: quando i membri dell'organizzazione si trovano ad affrontare dei dati che mostrano un gap tra ciò che è e ciò che sarebbe meglio che fosse, è probabile che vengano motivati da sensi di colpa e da un'ansia indirizzata a ridurre il gap e ad agire verso gli obiettivi che potrebbero rendere le cose migliori;

- creazione di sicurezza psicologica: creare mancanza di conferme, colpa e ansia non è sufficiente a portare a termine lo stage di scongelamento. Schein sottolinea che per cambiare le persone devono credere che fare ciò non creerà senso di imbarazzo, umiliazione o perdita di autostima. I membri dell'organizzazione hanno bisogno di sentirsi di valore e psicologicamente sicuri.

Stage 2 Cambiamento. Il cambiamento comprende la ristrutturazione cognitiva ossia i membri dell'organizzazione hanno bisogno di vedere le cose in modo diverso rispetto a prima e quindi di agire in modo diverso (Schein, 1987). I processi necessari per portare a termine questo stage sono:

- l'identificazione con un nuovo modello, *mentor*, *leader*, consulente “per cominciare a vedere le cose da un altro punto di vista. Se, infatti, abbiamo a che fare con un altro punto di vista proveniente da una persona di cui abbiamo rispetto e considerazione, possiamo cominciare a immaginare quel punto di vista come qualcosa da considerare per noi stessi”;
- esaminare l'ambiente per acquisire informazioni nuove e rilevanti. In questo caso le azioni da svolgere possono consistere nell'invitare delle persone con esperienza al di fuori dell'organizzazione per conoscere le loro esperienze o nel far partecipare un gruppo selezionato di dipendenti a congressi, conferenze importanti per ottenere informazioni aggiornate su questo tipo di cambiamento;

Stage 3 Ricongelamento. E' l'attività di integrazione del cambiamento nell'organizzazione. Secondo Schein consta di due parti:

- personale e individuale: aiutare tutti a sentirsi a proprio agio con il nuovo modello di comportamento richiesto perché il cambiamento abbia successo, il che consiste nel collegare il nuovo comportamento con il concetto di sé. E' molto rilevante provare il nuovo comportamento, ottenere il feedback e poi essere ricompensati quando si fa la cosa giusta;
- interpersonale: assicurarsi che il nuovo comportamento si adatti alle persone con le quali si lavora a stretto contatto e che quest'ultime si sentano a proprio agio rispetto al comportamento della persona cambiata.

Fuqua e Kurpius nel 1993 propongono il **modello sistemico** basato sull'assunto che ogni tipo di cambiamento può avere un impatto a cascata all'interno dell'organizzazione: il cambiamento in una qualsiasi delle sue parti provoca modifiche in tutte le altre.

Tale modello prevede l'azione congiunta di tre componenti: input, oggetti o obiettivi di cambiamento e output.

L'input fa riferimento alla *missione* e alla *vision* dell'organizzazione. Ogni cambiamento deve essere coerente con esse e derivare rigorosamente da un piano strategico.

La *mission* viene definita come il perché dell'esistenza dell'organizzazione, lo scopo generale dell'organizzazione. La *vision* rappresenta, invece, l'obiettivo a lungo termine che descrive cosa un'organizzazione vuole divenire e indica la direzione del cambiamento. Il piano strategico, in linea con la *mission* e la *vision* dell'organizzazione, determina la direzione e le azioni necessarie per realizzare i risultati programmati ed è definito sulla base della potenzialità e della forza dell'organizzazione a loro volta influenzate dalle opportunità e dalle minacce presenti nell'ambiente esterno. Tale comparazione, tra il potenziale dell'organizzazione e le opportunità di sviluppo, determina il tipo di strategia organizzativa che verrà messa in atto per ottenere gli obiettivi prefissati (output).

Gli oggetti del cambiamento rappresentano gli aspetti dell'organizzazione che possono essere oggetto di mutamento. Il cambiamento può essere diretto a:

- gli aspetti organizzativi (la politica aziendale in generale, le procedure, i ruoli, le strutture, il sistema di ricompense etc.);
- i fattori sociali (la cultura organizzativa, il funzionamento del gruppo di lavoro, le interazioni interpersonali, la comunicazione, la leadership etc.);
- i metodi (i processi, il flusso produttivo, i piani strategici, le tecnologie etc.);
- gli obiettivi del cambiamento (i risultati attesi, le priorità, gli standard previsti, le risorse etc.);
- gli attori organizzativi (le loro conoscenze, le competenze, gli atteggiamenti, le motivazioni, i comportamenti etc.).

Gli output costituiscono i risultati attesi dal processo di cambiamento. Il raggiungimento di tali risultati (profitto, soddisfazione dell'utente, qualità, soddisfazione lavorativa etc.) dipende dal piano strategico adottato e dalla strategia scelta. Possono essere di tre tipi, passando da un livello macro a uno micro lungo un continuum: organizzativo, di gruppo o individuale.

Il modello sistemico prevede che gli oggetti del cambiamento siano in relazione sistemica: ogni cambiamento in una singola componente dell'organizzazione ha effetti sulle altre. Il cambiamento ha successo se comprende e coinvolge tutti gli attori organizzativi.

Nel 1996 Lussier integra la proposta di Lewin, proponendo un modello di cambiamento composto da cinque fasi che evidenziano più puntualmente gli aspetti gestionali del cambiamento.

Lussier sottolinea l'attenzione necessaria per sensibilizzare e responsabilizzare tutti gli attori organizzativi, rendendoli partecipi dell'esperienza di cambiamento attraverso processi di comunicazione e monitoraggio del cambiamento quali:

1. definire il cambiamento (chiarire se l'obiettivo del cambiamento è diretto agli aspetti strutturali, tecnologici o sociali);
2. identificare le resistenze al cambiamento (comprendere la fonte e l'intensità delle resistenze, messe in atto dagli attori organizzativi);
3. pianificare il cambiamento (progettare e sostenere il cambiamento garantendo la supervisione);
4. promuovere il cambiamento (attraverso la divulgazione del bisogno del cambiamento);
5. controllare il cambiamento (accertarsi se esso sia attivato e mantenuto nel tempo).

Più recente è il modello di Kotter (1998) considerato il modello della trasformazione organizzativa. Esso prevede otto fasi. Ogni fase deve essere rispettata per passare alla successiva.

1. *Stabilire un senso di urgenza*: la riuscita di un progetto di cambiamento presuppone la mobilitazione di gran parte dei membri dell'organizzazione. Per ottenere questa mobilitazione, bisogna generare un senso d'urgenza e far comprendere alle persone che lo status quo è inaccettabile. Più il processo sarà veloce e più facile sarà ottenere una condotta efficace. In caso contrario i membri dell'organizzazione, davanti ai primi ostacoli, troveranno sempre eccellenti ragioni per non compiere gli sforzi necessari. Non si deve avere il timore di destabilizzare l'organizzazione; non è possibile, infatti, condurre il cambiamento trasmettendo unicamente delle istruzioni ai membri dell'organizzazione.

2. *Formare una coalizione guida forte*: Kotter afferma che è importante formare una coalizione forte e si riferisce ad un *team* di persone capaci di condurre insieme il cambiamento. Una persona sola, infatti, non sarà capace di farlo, nonostante egli sia dotato di un forte carisma. In un contesto incerto ed in evoluzione continua, solo una squadra unita sarà capace di sintetizzare tutte le informazioni necessarie a prendere le giuste decisioni e a superare gli ostacoli che si incontrano nel processo.
3. *Creare una vision*: la *vision*, definita da Kotter come “*la descrizione credibile e motivante dell’avvenire perseguito*”, sembra essere il meccanismo migliore per mobilitare, guidare e coordinare le numerose persone che devono contribuire al cambiamento. Senza l’appoggio dei membri dell’organizzazione un cambiamento non può avere luogo, poiché esso s’indirizza generalmente a loro. Una *vision* ben costruita potrà motivare i membri dell’organizzazione a compiere gli sforzi necessari, perché avranno l’impressione di sapere verso cosa sono diretti, fattore chiave di successo. Ciò permetterà ai promotori del cambiamento di coordinare efficacemente le azioni di tutte le persone coinvolte. Per Kotter, una *vision* deve essere allo stesso tempo ambiziosa e realista, così come precisa e flessibile.
4. *Comunicare la vision*: che interesse vi sarebbe nel definire una *vision* senza poi comunicarla alle persone implicate nel cambiamento? Per produrre degli effetti, la *vision* deve essere condivisa dall’insieme dell’organizzazione, per questo conviene utilizzare dei mezzi di comunicazione adatti e variati.
5. *Incentivare un’azione partecipativa*: chiarita la *vision*, si deve passare all’azione, vale a dire superare gli ostacoli al cambiamento. Generalmente la Direzione delega ai membri dell’organizzazione la messa in atto delle trasformazioni, poiché è sul campo che il cambiamento avviene. Il ruolo dei dirigenti è quello di creare quelle condizioni ottimali che permettono ai membri dell’organizzazione di realizzare questi cambiamenti. Secondo Kotter, esistono degli ostacoli da superare, senza contare la resistenza al cambiamento.

Gli ostacoli sono di diversa natura; da un lato dipendono dall’organizzazione stessa (struttura e sistemi), dall’altro dipendono dalle persone nell’organizzazione (i *manager* e le loro competenze).

6. *Generare successi a breve termine*: per assicurarsi il sostegno degli attori indispensabili al cambiamento, è essenziale dedicare degli sforzi al rapido ottenimento di risultati tangibili. E' utile mostrare dei primi risultati per provare ai membri dell'organizzazione che le cose avanzano nella giusta direzione. Il problema è che spesso i dirigenti tendono a preoccuparsi solo delle trasformazioni a lungo termine; per evitare quest'atteggiamento può essere utile definire degli obiettivi di miglioramento a breve termine, affinché i membri dell'organizzazione si mobilitino con costanza.
7. *Consolidare i successi e produrre ulteriore cambiamento*: il processo di cambiamento è continuo ed il suo svolgimento non deve essere fermato. Con questa settima tappa Kotter fa riferimento alla ricerca di una “*seconda spinta*” affinché la dinamica del cambiamento non si arresti. Così, benché le prime vittorie siano state rimarcate, è essenziale mantenere questo senso d'urgenza che tanto importava all'inizio del processo di cambiamento e di non fermarsi a queste prime vittorie rischiando di interrompere la dinamica del cambiamento. Questi risultati positivi sono una prima tappa, ma, realizzata questa, i membri dell'organizzazione devono capire che ci sono altri progetti ed altri obiettivi da raggiungere.
8. *Ancorare saldamente le nuove pratiche alla cultura organizzativa*: Kotter afferma, infine, che se la cultura è contraddittoria con il cambiamento desiderato, presto o tardi essa prenderà il sopravvento, riducendo la *performance*; è quindi importante assicurarsi della sua evoluzione. Per operare un cambiamento duraturo, Kotter afferma che bisogna ancorare le nuove pratiche alla cultura. È quindi assurdo pensare che cambiando la cultura cambino anche i comportamenti. Il ragionamento va fatto in senso inverso; la cultura, infatti, è l'ultima leva sulla quale agire. Bisogna prima far evolvere i metodi di lavoro per valutarne i risultati e solo alla fine tradurre queste evoluzioni in cultura.

Le otto fasi sottintendono il modello di cambiamento di Lewin. Le prime tre rappresentano la fase di “congelamento”, le fasi 4, 5 sono il “cambiamento”, e le fasi 6, 7 e 8 corrispondono al congelamento. Le fasi di Kotter rivelano specifici consigli sui comportamenti che il *manager* dovrebbe assumere per gestire con successo il cambiamento e sulla necessità di concentrarsi sulla *leadership*.

2. La gestione del cambiamento organizzativo

2.1 Guidare e implementare il cambiamento organizzativo

Guidare, gestire e implementare il cambiamento con successo, sia esso individuale, di gruppo o del sistema totale è allo stesso tempo difficile, emozionante, preoccupante, faticoso e soddisfacente. L'implementazione del cambiamento si deve focalizzare sull'analisi dell'organizzazione, della struttura, dei comportamenti, delle modalità interne all'organizzazione e del contesto nel quale l'organizzazione opera. In campo sanitario, in particolare, viene considerata una sfida molto impegnativa (Beer & Eisenstat, 1996).

Affrontare il tema della gestione di un processo di cambiamento richiama una modalità che tenga conto di un:

- sistema composto inestricabilmente di processi, organizzazione, tecnologia, persone;
- processo difficile, orientato ad un sistema sociale che richiede di abbandonare un modello per adottarne un altro. Questo richiama una forte riflessione su come affrontare il problema delle culture, conoscenze (Butera, 2009).

Una delle metodologie che tende a supportare sia la pianificazione che la progettazione al miglioramento del sistema organizzativo, nonché i processi sociali del cambiamento ad esso associato è il *change management* strutturale.

Il *change management* strutturale consiste, dunque, nella concezione e nel dimensionamento di architetture innovative ed integrate di organizzazione, tecnologie, persone e cultura, con l'obiettivo di realizzare le strategie prescelte e appropriate alle risorse e alle potenzialità dell'organizzazione. Include, fin dall'inizio della sua concezione, un programma e un presidio per il governo dei processi di cambiamento e di implementazione che gode del supporto del vertice e che contribuisce ad integrare progettazione, sviluppo e monitoraggio, suscitando condivisione e partecipazione da parte del *management* intermedio e dei collaboratori. Esso, infatti, crea cooperazione, condivisione, conoscenza e comunicazione fra top *management* e *management* operativo, genera il supporto del vertice e fornisce *feedback* tempestivi e significativi rivolti al vertice e viceversa. Sostanzialmente, tale metodo attiva una spirale virtuosa di apprendimento che crea le condizioni anche per successivi cambiamenti, oltre che di adattamento.

Solo dopo aver definito i problemi di partenza, generato committenza sul progetto, costruito i gruppi di lavoro, definito le esigenze di partenza e fissato obiettivi chiari condivisi e misurabili nonché valutato tutte le alternative possibili e le possibili resistenze, si può dar via libera alla progettazione analitica ed attivare i processi di cambiamento. Tutto questo richiede tempo e risorse, definire le forme di partecipazione dei lavoratori e le modalità comunicative interne ed esterne, che devono essere chiare e trasparenti fin dall'inizio (Butera, 2009).

Butera ribadisce l'importanza della comunicazione interna, della formazione e del coinvolgimento e suggerisce che gli attori promotori del cambiamento stiano sul campo, siano visibili dai collaboratori, sorvegino sia gli aspetti di contenuto che di metodo. L'autore, inoltre, sostiene come il *change management* strutturale coinvolge attività di gestione dei processi sociali come ad esempio:

- *la gestione del campo organizzativo*, rappresentato dalle forze di tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione di specifici cambiamenti. Va attivata la partecipazione di tutti gli attori per il successo del cambiamento e per valorizzare le risorse di intelligenza, passione e competenza presenti nell'ente. Essi portano un enorme potenziale di conoscenze e di proposte, sono portatori di energia, esperienza, conoscenze tecniche e del contesto;
- *il monitoraggio*, riguarda il modo di assicurarsi che ciò che è stato progettato avvenga davvero e si integri con il resto dei processi di cambiamento. Esso si snoda lungo il processo di cambiamento, con lo scopo di raccogliere dati ed informazioni sulla ottimale integrazione dei componenti progettati; di raccogliere informazioni e feedback sull'impatto delle attività di progetto, sulle opinioni, atteggiamenti, preoccupazioni dei soggetti coinvolti e portatori di interesse e, infine, di verificare l'efficacia delle soluzioni progettate;
- *la partecipazione e il coinvolgimento*, attraverso l'apprendimento collaborativo, rappresenta la tendenza a fare scambiare informazioni e conoscenze fra le persone in modo collaborativo. Questo presume la creazione e la condivisione di comunità di pratica in grado di sviluppare adesione al cambiamento in atto e contemporaneamente di apprendere e condividere le soluzioni innovative.

Pertanto, riflettendo sulle dinamiche psicosociali legate al cambiamento, sia l'approccio istituzionale, che cala dall'alto, sottoforma di normativa, prescrizioni organizzative uniformi per tutte le aziende; sia quello razionale, che stabilisce a livello aziendale soluzioni organizzative astrattamente ottimali, si dimostrano inadeguati nella misura in cui prescindono dal considerare le relazioni di fiducia e reciprocità esistenti. Non va dimenticato, infatti, che sono gli individui con le loro caratteristiche che interpretano e fanno funzionare strutture e meccanismi.

Al contrario, un approccio "dal basso" che si basi sull'osservazione della rete di relazioni esistenti consente di tenere conto, nelle scelte progettuali, dei rapporti fiduciari e dello stato delle risorse umane.

L'evidenza sinora raccolta sembra confermare la maggiore efficacia dei meccanismi basati sulla comunicazione e la cooperazione rispetto a quelli basati sulla gerarchia. In altri termini la possibilità di attrarre e coinvolgere le risorse umane va di pari passo con la capacità di offrire percorsi di apprendimento e di creazione di valore a sostegno della buona riuscita del cambiamento.

2.2 Competenze di leadership del manager nell'implementazione di un cambiamento organizzativo

Oggi, il mutevole contesto ambientale, in continua evoluzione sia da un punto di vista epidemiologico che socio culturale, l'evoluzione dei bisogni di salute, l'innovazione tecnologica e la pressione esercitata dai vincoli economici e finanziari sempre più stringenti richiedono al vertice strategico delle aziende sanitarie pubbliche nuove competenze ed un nuovo approccio direzionale capace di governare il cambiamento e di far fronte alle resistenze (Vignati & Bruno, 2004). La gestione del cambiamento richiede al vertice strategico da un lato uno spiccato orientamento agli obiettivi e alla fase di pianificazione, dall'altro la capacità di coinvolgere il personale, in quanto ogni cambiamento richiede una trasformazione culturale che deve essere assimilata dall'organizzazione attraverso la predisposizione di adeguati percorsi di partecipazione.

Per essere in grado di incidere sui livelli di partecipazione e per affermare e condividere la meta del cambiamento è necessario un elevato grado di credibilità e una forte capacità di comunicare, oltre che di progettazione, per far comprendere alle persone sia l'importanza del cambiamento che la *vision*. Il vertice strategico per gestire in modo efficace il cambiamento deve:

- essere in grado di sviluppare una mentalità capace di interpretare sia i bisogni dei dipendenti che dei pazienti;
- saper vedere il cambiamento come un'opportunità e non come minaccia;
- avere la capacità di coinvolgere gli altri nei processi di cambiamento;
- essere orientato ai *team* (cioè deve avere la consapevolezza che da solo non è possibile attuare il cambiamento);
- supportare gli sforzi del cambiamento;
- collaborare e sostenere più che controllare;
- creare e comunicare una *vision*, un orizzonte a cui tendere (Lorusso & Quagliata, 2003; Krczal & Del Vecchio, 2002).

Solo l'impegno costante, diretto e visibile del vertice è in grado di far capire l'importanza e la priorità del progetto di cambiamento riducendo i fattori di inerzia presenti. Una simile impostazione risente, però, del limitato orizzonte temporale a disposizione delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie che spesso non consente l'affermazione di un orientamento strategico al cambiamento e il conseguente allineamento dell'organizzazione alla *vision*, ma diffonde un'idea di precarietà che impedisce il cambiamento organizzativo: il cambiamento continuo di fatto non facilita processi di cambiamento organizzativi, ma tende a stabilizzare la situazione costituendo un fattore di inerzia,

Decastri nel 1998 definisce la *vision* come “*un progetto fortemente impegnativo, il disegno di ciò che un'azienda spera e auspica di diventare; una guida ambiziosa ma realizzabile delle priorità aziendali, costruita sulla base di realistici scenari interni ed esterni*”. Essa svolge un ruolo fondamentale nel processo di gestione del cambiamento: dà un senso di sicurezza psicologica necessario a far sì che le persone siano disposte a cambiare e ad accettare le relative conseguenze che ne derivano.

Una buona *vision* deve definire adeguatamente il nuovo modo di lavorare, per aiutare le persone ad abbandonare i vecchi modi, non disconosce la necessità di impegno e sacrificio da parte dell'organizzazione ma ne chiarisce anche i benefici che da essi ne deriveranno. La *vision* delle aziende sanitarie per essere efficace deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

- la coerenza con la programmazione nazionale e regionale;
- la chiarezza e la riconoscibilità (si deve differenziare);
- la realizzabilità.

La *vision* deve essere collettiva, diffusa e condivisa ad ogni livello; espressa in maniera tale da consentire a tutti di comprenderla facilmente, di collegarla al proprio lavoro e ai propri interessi e di capire il proprio ruolo nella sua realizzazione. Le persone devono essere profondamente motivate, coinvolte e responsabilizzate. Solo la creazione di una *vision* condivisa permette di accettare il cambiamento, che è il primo passo per il successo di un progetto di *change management*.

Si reagisce ad una *vision* in tre modi: accettandola, aderendovi o semplicemente obbedendo. Chi accetta la *vision* farà tutto ciò che occorre a realizzarla, purché non contrasti con il suo modo di operare. Chi aderisce è convinto dei benefici ottenibili e avrà un atteggiamento propositivo supportando la creazione di nuove strutture per la realizzazione. L'adesione è più forte dell'accettazione. L'atteggiamento di obbedienza è sicuramente quello più diffuso nelle organizzazioni sanitarie: le persone obbediscono, si adeguano, ma spesso non condividono; per i cambiamenti incrementali ciò può essere sufficiente, ma per quelli radicali occorre che vi aderiscano con convinzione. La mancanza di *vision* è uno dei principali blocchi nei processi di cambiamento, senza di essa non è possibile cercare di cambiare perché è fondamentale sapere a cosa si aspira e qual è l'obiettivo dei propri sforzi.

L'ulteriore evoluzione richiesta al vertice strategico è l'assunzione di nuovi stili di *leadership*.

Al concetto di *leadership* è da attribuire un significato molto più ampio rispetto a quello generalmente attribuito al concetto di *management* (Tabella 2.1)

Tabella 2.1 Differenze tra *management* e *leadership* (Kotter, 1999)

<i>Management - manager</i>	<i>Leadership - leader</i>
<p>Gestisce il cambiamento attraverso le politiche, gestisce la complessità soprattutto pianificando, programmando i mezzi necessari per raggiungere determinati scopi, creando strutture formali in grado di realizzare i piani e controllando le eventuali deviazioni.</p> <p>Il manager:</p> <ul style="list-style-type: none"> • crea piani e <i>budget</i>, stabilendo fasi e allocando le risorse per conseguire gli obiettivi • adopera la gerarchia, trasmette strategie e idee dall'alto al basso (<i>top-down</i>) e assicura il controllo, le cui procedure seguono percorsi già tracciati e sperimentati dagli altri 	<p>Gestisce il cambiamento integrando le tradizionali attività manageriali</p> <p>Il leader:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definisce <i>vision</i> e strategie per produrre cambiamenti • si basa su rapporti costruttivi cercando di portare le persone ad esprimere il loro potenziale • sa bilanciare le componenti <i>soft</i> con quelle <i>hard</i>, ha sensibilità per il fattore umano • ha una <i>vision</i> sistemica, punta alla costruzione di progetti integrati con gli altri soggetti facenti parte del sistema per riposizionare e reingegnerizzare i processi interni • gestisce il cambiamento come aspetto culturale, diffonde un senso di urgenza e la passione per il cambiamento come occasione di sviluppo • favorisce lo sviluppo di idee e la formulazione di strategie dal basso attraverso <i>team</i> (interagisce con i suoi collaboratori) • incentiva la partecipazione e sviluppa la capacità di adattamento

Una delle sfide per i manager è guidare le loro organizzazioni verso il futuro attraverso l'implementazione di cambiamenti organizzativi pianificati intesi come interventi che, modificando il funzionamento dell'organizzazione, determinano risultati migliori. La valutazione e la pianificazione sono fasi importanti del processo di cambiamento, ma la fase più importante e molto più impegnativa è l'implementazione del cambiamento nell'organizzazione.

Nel corso degli ultimi due decenni, studi sulla *leadership* trasformativa e carismatica hanno esplorato la relazione tra le caratteristiche o i comportamenti della *leadership* e il cambiamento organizzativo (Bass, 1999; Yukl, 1999). È sempre più evidente che le caratteristiche della *leadership* e i comportamenti dei manager influenzano il successo o il fallimento delle iniziative di cambiamento organizzativo (Bommer, Rich, & Rubin, 2005; Higgs & Rowland, 2005).

La maggior parte degli studi sulla *leadership* che descrivono la relazione tra *leadership* e cambiamento non riportano la complessità della fase di implementazione del cambiamento nell'organizzazione la quale comprende diverse attività. In tali attività le competenze di *leadership* potrebbero svolgere diversi ruoli; purtroppo ciò viene ignorato dalla letteratura sulla *leadership* (Higgs & Rowland, 2005). Al contrario, la letteratura sul cambiamento organizzativo affronta la complessità del processo di cambiamento (Van de Ven & Poole, 1995) così come il ruolo di manager in varie attività di implementazione del cambiamento. Un presupposto comune alla maggior parte di questi studi è che i manager sono già in possesso delle capacità, competenze e abilità necessarie per affrontare le diverse attività di implementazione del cambiamento.

Il modello di *leadership* orientato al compito/alla persona

Questo modello classico comprende la maggior parte delle attività di *leadership* giornaliere nelle quali i manager si impegnano (Casimir, 2001); rimane ancora un modello potente per valutare l'efficacia della *leadership*. Il modello è particolarmente adatto allo studio della *leadership* nel contesto del cambiamento organizzativo (Nadler & Tushman, 1999). Nell'implementazione del cambiamento organizzativo sono importanti da sottolineare tre attività chiave: comunicare la necessità di cambiamento, mobilitare gli altri a sostenere il cambiamento e valutare l'implementazione del cambiamento. Elaborato da Lewin, il modello di cambiamento a tre fasi, comprende il lavoro concettuale ed empirico e sottolinea che queste tre serie di attività, coprono la maggior parte delle attività inerenti la realizzazione del cambiamento (Ford & Greer, 2005).

Nel modello di *leadership* orientato al compito le competenze si riferiscono alla struttura organizzativa, alla progettazione e controllo e alla creazione di strategie per raggiungere gli obiettivi e la *mission* dell'organizzazione.

Tali competenze sono importanti non solo per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione, ma anche per sviluppare iniziative di cambiamento. Nel modello di *leadership* orientato alla persona i comportamenti favoriscono l'interazione e la collaborazione tra i membri dell'organizzazione, stabiliscono un clima di supporto sociale e promuovono pratiche di gestione che garantiscono un trattamento equo dei membri dell'organizzazione. Queste abilità interpersonali sono fondamentali per pianificare l'implementazione di un cambiamento organizzativo perché permettono ai manager di motivare e supportare gli operatori (Van Knippenberg & Hogg, 2003).

Il modello di *leadership* orientato al compito/alla persona è particolarmente adatto allo studio della *leadership* nel contesto del cambiamento organizzativo. Nadler e Tushman (1999) hanno evidenziato che il modello è la chiave per influenzare il cambiamento organizzativo.

Allo stesso modo Casimir nel 2001 ha distinto la "Teoria E" (manager più orientati al compito) dalla "Teoria O" (manager più orientati alla persona). Ha sottolineato che i due tipi di manager adottano approcci diversi per implementare il cambiamento. Il modello di *leadership* orientato al compito/alla persona è stato introdotto nel 1950, ciò nonostante studi recenti riportano che rimane un modello valido per valutare l'efficacia della *leadership* (Keller, 2006).

Comportamenti efficaci orientati al compito e alla persona richiedono competenze diverse ma correlate. I primi definiscono le attività, i compiti, le caratteristiche della struttura allo scopo di raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione. I secondi, invece, si basano sulla capacità di mostrare considerazione per gli altri così come di prendere in considerazione le proprie emozioni e quelle degli altri.

I manager potrebbero essere efficaci in entrambi i comportamenti o solo in uno o nell'altro o in nessuno dei due.

Tale variazione nei comportamenti di *leadership*, potrebbe avere delle implicazioni per l'implementazione del cambiamento organizzativo. Più nello specifico, a seconda del loro mix di competenze nella *leadership*, i manager potrebbero dare differenti enfasi alle attività di implementazione del cambiamento organizzativo (Gerstner & Day, 1997).

Per implementare i progetti di cambiamento organizzativo pianificati, i manager devono svolgere delle attività specifiche; fare errori nell'esecuzione di una qualsiasi di queste attività o bypassarne alcune di esse risulterebbe dannoso per il progresso del cambiamento (Kotter, 1995).

Oltre alla comunicazione (si riferisce ad attività del manager che si impegna a sostenere le motivazioni del cambiamento e a condividere il bisogno di cambiamento con i membri dell'organizzazione) la mobilitazione e la valutazione sono attività chiave che devono essere presenti nella realizzazione di un cambiamento organizzativo. Di seguito vengono descritte brevemente.

La mobilitazione (si riferisce alle azioni intraprese dal manager per ottenere il supporto dai colleghi e la loro accettazione di svolgere nuove attività giornaliere). Durante l'implementazione, i manager devono mobilitare i membri dell'organizzazione ad accettare il cambiamento e quindi a cambiare i propri comportamenti (Higgs & Rowland, 2005; Oreg, 2003; Kotter, 1995). La mobilitazione è resa difficile dai diversi obiettivi personali e professionali, e quindi dai diversi punti di vista relativi alle iniziative di cambiamento di coloro che sono i destinatari del cambiamento stesso. I membri dell'organizzazione che hanno qualcosa da guadagnare dal cambiamento di solito lo supportano, quelli che invece hanno qualcosa da perdere resistono allo stesso. L'obiettivo della mobilitazione è quello di sviluppare la capacità dei membri dell'organizzazione di impegnarsi e cooperare con il previsto programma di azione.

Per fare questo, il manager deve creare una coalizione a sostegno del progetto di cambiamento (Kotter, 1995). La creazione di tale coalizione è un processo politico che comporta al tempo stesso cooperazione tra i membri dell'organizzazione. L'avvio del processo di cambiamento organizzativo fa sì che la cooperazione diventi maggiore e più interessante. Mobilitare comporta al tempo stesso competenze orientate al compito e alla persona. Il proteggere e il dare sicurezza da parte del manager e il supporto dei membri dell'organizzazione possono determinare una forte carica emotiva. I manager orientati alla persona mostrano considerazione per gli altri e sono bravi a gestire i sentimenti e le emozioni degli altri. Per loro comunicare è un valore, un mezzo per favorire la partecipazione individuale e di gruppo (Vera & Crossan, 2004).

In tal modo ispirano i membri dell'organizzazione a impegnarsi maggiormente per il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione. La loro tendenza a prendere in considerazione gli altri li rende più propensi a prestare attenzione agli atteggiamenti individuali rispetto al cambiamento e ad anticipare la necessità di coinvolgere gli altri nel processo di cambiamento.

La valutazione (si riferisce alle misure adottate dal manager per monitorare e valutare l'impatto degli sforzi di attuazione eseguiti e per rendere istituzionali, definitivi i cambiamenti. Infine, durante la fase di cambiamento, i manager devono valutare la misura in cui i membri dell'organizzazione stanno eseguendo le attività di routine, le azioni e i loro comportamenti. Devono assicurarsi che il contenuto delle iniziative di cambiamento venga messo in pratica. Prima che il cambiamento diventi istituzionale il manager spesso fa un passo indietro per valutare sia i nuovi processi sia le procedure che sono state implementate e il loro impatto sugli outcome. Tali processi sono in genere basati su sistemi formali di misura (Kotter, 1995; Ford & Greer, 2005). I manager orientati alla persona hanno dimostrato di essere riluttanti a dare troppa enfasi al metodo, alla produttività e all'imposizione dell'uso di norme impersonali; come risultato potrebbero essere meno propensi a impegnarsi in attività di valutazione.

Anche se questi tre gruppi di attività non completano la complessità del processo di implementazione del cambiamento, essi sono stati identificati nella letteratura sul cambiamento organizzativo come attività chiave, concettualmente distinte le une dalle altre, che coprono la maggior parte delle attività da eseguire per implementare il cambiamento (Ford & Greer, 2005).

2.3 Dimensioni comunicative nei processi di gestione del cambiamento

I *leader*, nel gestire il cambiamento, devono prestare particolare attenzione alle tecniche che consentono di comunicare. La comunicazione è il più importante strumento per ottenere la partecipazione del personale di ogni livello. E' fondamentale nel guidare e stimolare gli altri verso il cambiamento.

Permette di diffondere la *vision* per far sì che venga condivisa e interiorizzata e, inoltre, consente di trasmettere le nuove idee per costruire una nuova cultura.

Un flusso di informazioni troppo elevato non deve essere considerato un pericolo, giacché l'incertezza è propizia per l'insorgere di *rumor* (informazioni non ancora confermate pubblicamente dalle fonti ufficiali). Le persone non informate, o mal informate, tendenzialmente si creano idee false e le fanno circolare senza misurarne le conseguenze.

All'interno di un processo di cambiamento la comunicazione gioca un ruolo determinante per ridurre le incertezze e l'ambiguità offrendo alle persone un'informazione chiara, comprensibile, credibile e nei tempi giusti.

Il paradigma comunicativo a cui si fa riferimento in questa sede è quello della comunicazione organizzativa. Esso comprende l'insieme di messaggi informativi e valoriali che costituiscono, all'interno delle diverse reti di relazioni dell'organizzazione, l'essenza dell'organizzazione e comprende anche tutti i processi comunicativi necessari alla vita e allo sviluppo dell'organizzazione, come la comunicazione interna, esterna e di prodotto i cui confini sono sempre più sfumati e impercettibili (Invernizzi, 2000).

All'interno del ciclo di vita della cultura organizzativa si possono evidenziare quattro aspetti della comunicazione organizzativa che agiscono da collante della struttura, ma contemporaneamente la sviluppano, la agitano e la destabilizzano.

Questi aspetti sono:

- a. la *comunicazione gestionale*: si riferisce alla circolazione delle informazioni per lo svolgimento delle normali attività produttive e consente la costruzione di fiducia tra gli attori coinvolti nel cambiamento;
- b. la *comunicazione di ruolo*: rappresenta il rafforzamento delle specializzazioni di ruolo, è una leva motivazionale ed è rivolta alle famiglie professionali, essa fornisce sostegno comportamentale e contestualizza le competenze;
- c. la *comunicazione per lo sviluppo organizzativo*: è l'insieme dei valori, dei sistemi comunicazionali e delle informazioni finalizzati a garantire la presenza di un opportuno sistema di evoluzione organizzativa in una cultura matura e flessibile;
- d. la *comunicazione per il cambiamento*: costituisce l'impulso per i processi di cambiamento organizzativo, alimentando le capacità di trasformazione dell'organizzazione e di adattamento al cambiamento ambientale (Cesaria, 1996).

I primi due tipi di comunicazione costituiscono una forza stabilizzante per la cultura organizzativa, mentre gli ultimi due sono energia dirompente; perché questi possano agire proficuamente, tuttavia, serve un grado di coesione culturale già consolidata, e occorre che la struttura sia in grado di recuperare spazi di rassicurazione valoriale. La comunicazione, ai fini della cultura organizzativa, veicola dunque segnali di tranquillità, continuità, stabilità e, al tempo stesso, di innovazione, discontinuità ed evoluzione (Invernizzi, 2000).

In generale la comunicazione interna permette di coinvolgere emotivamente i dipendenti e i collaboratori, diffondendo valori, missione e strategie e raccogliendo tutti gli stimoli innovativi che provengono dai soggetti in contatto con l'azienda; dovrebbe essere in grado di far leva sulla motivazione del professionista coinvolto nel cambiamento organizzativo.

Grazie alla diffusione delle competenze comunicazionali, inoltre, i *manager* e i professionisti sono in grado di gestire in modo efficace e proficuo i rapporti con i collaboratori e i capi, diffondendo e raccogliendo informazioni vitali per i processi produttivi e decisionali. Essi, inoltre, partecipano a rapporti cooperativi, che sono una componente sempre più importante nelle moderne strutture organizzative.

La comunicazione interna, se adeguatamente sviluppata, diffusa a tutti i livelli e introiettata dai membri dell'organizzazione, è funzionale alla realizzazione di un'impresa con una struttura organizzativa potenzialmente di successo, poiché può dimostrarsi in grado di soddisfare le richieste dei suoi clienti interni ed esterni.

Se le iniziative di comunicazione sono legate a valori guida importanti, esse raggiungono una certa coerenza di fondo e si creano sinergie fra le attività di comunicazione interna e le attività di comunicazione esterna.

L'importanza e il valore della comunicazione circolare e dell'informazione durante un processo di cambiamento organizzativo sono ormai ampiamente riconosciute da tutti coloro che, a vario titolo, si occupano di cambiamento.

L'informazione relativa alle azioni di cambiamento aiuta i dipendenti a ridurre l'ansia e l'incertezza per tutto ciò che costituisce il "nuovo". Inoltre, alcuni studi hanno dimostrato che i collaboratori che ricevono comunicazioni puntuali e chiare sul processo di cambiamento da parte del coordinatore sostengono in misura significativa le azioni di cambiamento, con ripercussioni positive sulla soddisfazione lavorativa, sul benessere psicologico e sul *commitment* (Kreitner & Kinicki, 2008).

Attivare un clima favorevole al cambiamento, sviluppare e valorizzare le competenze, comunicare in modo efficace le azioni del cambiamento, coinvolgere e sostenere le persone rappresentano quindi alcune delle azioni che ogni agente di cambiamento, impegnato in un'azione di governo e gestione del cambiamento, dovrebbe attivare.

Nei contesti lavorativi è essenziale la presenza di un flusso aperto di comunicazione, e quindi di norme che supportano lo scambio delle informazioni e l'espressione aperta delle idee (Amabile, 1998).

Veicolare l'idea che il disaccordo è accettato perché offre l'opportunità di mettere in gioco assunti e mettere in luce paradossi crea un clima di sicurezza partecipativa che favorisce la creazione di una comunicazione aperta basata sulla fiducia e sullo scambio di idee. Una comunicazione aperta è perciò indispensabile perché si crei una cultura supportiva della creatività e dell'innovazione (Filipczak, 1997). Una buona comunicazione è alla base della collaborazione a sua volta associata strettamente all'innovazione (Mumford & Gustafson, 1988; Pirola-Merlo & Mann, 2004).

Una comunicazione aperta è essenziale per la gestione degli inevitabili conflitti che si generano nei processi di cambiamento, al fine che si realizzi quel conflitto costruttivo che porti alla generazione di soluzioni alternative e di più alta qualità.

Per qualità della comunicazione si intende il grado in cui i membri di un'organizzazione hanno adeguate informazioni per poter svolgere il proprio lavoro, ricevono spiegazioni riguardo alle ragioni dei cambiamenti attivati, possono esprimere in un clima di sicurezza le proprie opinioni, e riescono a reperire tutte le informazioni di cui necessitano attraverso le comunicazioni ufficiali (Parker, Axtell, & Turner, 2001).

Una comunicazione caratterizzata dalla circolazione chiara e trasparente delle informazioni e da positivi scambi interpersonali in cui ognuno si sente libero di esprimere le proprie opinioni è un importante fattore che favorisce l'innovazione (Amabile, 1988; Mumford & Hunter, 2005). Un'elevata qualità della comunicazione favorisce un senso di fiducia diffusa e lo sviluppo di aspettative positive nei confronti delle conseguenze che il cambiamento porterà; al contrario il conflitto percepito porta alla formazione di aspettative negative e a resistenze verso il cambiamento (Odoardi, Colaianne, Battistelli, & Picci, 2008).

Quando alle persone sono fornite le ragioni che sottendono un cambiamento, unitamente alla considerazione delle loro opinioni da parte dell'organizzazione o dei superiori e ad un certo grado di autonomia e controllo sull'implementazione di un cambiamento o innovazione, un cambiamento è più facilmente accettato (Gagnè, Koestner, & Zuckerman, 2000).

Un piano di comunicazione per essere efficace, in un processo di cambiamento, deve attenersi ad alcune regole fondamentali (Klein, 1996):

- *più il messaggio è ridondante, più grande è la sua ritenzione*: ripetere lo stesso concetto un certo numero di volte aumenta le possibilità che esso venga assimilato effettivamente dai collaboratori, assicura ai collaboratori un'informazione sicura e riduce eventuali ambiguità;
- *la comunicazione "faccia a faccia" è da privilegiare*: un mezzo di comunicazione ricco permette di trasmettere rapidamente ed efficacemente un'informazione, assicurandosi della sua interpretazione. Essendo la comunicazione un fenomeno di interazione, se fatta faccia a faccia, essa suppone un maggiore coinvolgimento delle persone, permettendo così di ridurre l'ambiguità ed assicurando, con buona probabilità, che l'emittente ed il destinatario si comprendano l'uno con l'altro. Un altro vantaggio della comunicazione personale, è quello di potere gestire la differenza tra il verbale ed il non-verbale. In questo modo, la comprensione di un messaggio è arricchita, perché il lato emozionale del processo di comunicazione è tenuto in conto; cosa che non accade quando altri mezzi comunicativi sono utilizzati. Infine, in un contesto collettivo, essa permette di capitalizzare le diverse prospettive ed interpretazioni dei destinatari e di fornire delle spiegazioni o chiarimenti sempre più adeguati e puntuali (Weick, 1989);
- *è da favorire il trasferimento e la condivisione delle conoscenze tra i membri dell'organizzazione*: la creazione di sinergie all'interno dell'organizzazione e l'integrazione non è altro che un processo interattivo e graduale nel quale le persone imparano a lavorare insieme e a cooperare nel trasferimento delle loro capacità strategiche e delle loro conoscenze.

Per fare ciò, è necessario capire quali sono le peculiarità e le differenze dell'organizzazione e delle persone che la costituiscono; è quindi richiesto un grande sforzo comunicativo costituito da azioni finalizzate per favorire la comprensione reciproca e la reale integrazione delle parti.

Inoltre, secondo Galpin (1999):

- i messaggi devono essere legati all'obiettivo di cambiamento, solo così si dimostrerà la necessità di cambiare e la credibilità dell'iniziativa;
- la comunicazione dovrà essere realistica (non si deve basare su ipotesi o su scenari di cosa potrebbe accadere in futuro), sincera (trasmettendo anche gli aspetti negativi) e coerente (assenza di contraddizioni);
- la comunicazione dovrà essere programmata in anticipo a cominciare fin dalle prime fasi del processo;
- i messaggi devono essere ripetuti costantemente attraverso differenti canali e lo stesso messaggio deve raggiungere le persone da diverse direzioni. In questo modo la comunicazione raggiunge la sua massima efficacia, perché consente alle persone di assimilarli. I canali che si possono utilizzare sono: presentazioni, riunioni, *meeting*, comunicati stampa, messaggi della direzione, circolari, newsletter.

Il ruolo della comunicazione nei processi di cambiamento delle organizzazioni sanitarie è duplice: da un lato, ha la funzione di informare i diversi *stakeholder* (Regione, pazienti etc.) del perché si cambia e, dall'altro, servirà per illustrare a tutta l'organizzazione cosa sta succedendo e cosa comporta il processo di cambiamento.

La comunicazione assolve una diversa funzione a seconda del momento: all'inizio, svolge un ruolo di supporto alla credibilità di tale processo, in quanto non è ancora possibile vedere i primi risultati, in uno stadio successivo, s'illustra il programma generale e i vari problemi esistenti e possibili. In questa fase di diffusione, le comunicazioni diventeranno più specifiche e centrate, comunicando l'acquisizione di nuovi metodi, ruoli e *skill*. Infine nella fase di attuazione e controllo i messaggi si focalizzeranno soprattutto sui perfezionamenti e risultati raggiunti (Bodega & Musile Tanzi, 1996).

Le diverse fasi della comunicazione durante un processo di cambiamento, la portata della comunicazione, lo scopo di ciascuna fase, i ruoli e i soggetti che operano sono riportati nella tabella 2.2.

Tabella 2.2 Processo di comunicazione-gestione del cambiamento

Ruoli del cambiamento	Fase	Soggetti	Contenuto	Scopo
Fautori del cambiamento e sponsor	Affermazione della motivazione e creazione della consapevolezza	Regione, pazienti e organizzazione stessa	<p>Illustrare le ragioni del cambiamento</p> <p>Definire le iniziative di cambiamento in una prospettiva strategica contestualizzata all'interno della pianificazione regionale</p> <p>Riaffermare la <i>missione</i> aziendale</p>	<p>Dimostrare la necessità di cambiare</p> <p>Sviluppare e diffondere la vision</p>
Agente del cambiamento e destinatari del cambiamento	Illustrazione del progetto	Responsabili delle unità operative coinvolte	<p>Analisi della situazione</p> <p>Riaffermare la logica strategica</p> <p>Fornire il quadro generale del progetto di cambiamento</p> <p>Comunicare le specifiche del processo</p>	<p>Dimostrare l'impegno e la partecipazione della direzione</p> <p>Illustrare il progetto e le direttive di attuazione</p>
Agente del cambiamento e destinatari del cambiamento	Diffusione	<i>Middle management</i> Nucleo operativo	<p>Fornire le specifiche dei cambiamenti da realizzare</p> <p>Informare, i diretti interessati, sulle implicazioni del cambiamento</p>	<p>Incrementare i livelli di accettazione e adattamento</p> <p>Continuare a dimostrare l'impegno della direzione</p>
Destinatari del cambiamento	Accompagnamento e controllo	Operatori dell'organizzazione Paziente	<p>Continuare a dimostrare l'impegno della direzione</p> <p>Riaffermare la <i>missione</i> dell'organizzazione e la focalizzazione della strategia</p>	<p>Ascoltare il feedback e agire di conseguenza</p> <p>Perfezionare i cambiamenti</p>

2.4 Formazione come supporto al cambiamento organizzativo

Il termine formazione si riferisce alle modalità attraverso le quali è possibile produrre modelli di comportamento e sistemi di valore che possono incidere sullo sviluppo sociale.

La trasmissione di modelli, infatti, inerisce, oltre all'acquisizione di conoscenze, anche all'insieme di comportamenti e valori che, a loro volta, fanno parte di un progetto sociale più ampio, vale a dire, di un modello generale relativo alle relazioni sociali efficaci. Possiamo considerare l'atto formativo come un'azione che, quantunque riferita ad individui, produce, contemporaneamente, importanti implicazioni sociali e culturali (Bortone, 2008).

Cercare di definire la formazione è un'attività difficile perché le modalità in cui si esplica e le finalità che si propone sono molte. Numerose sono le definizioni che nel corso degli anni sono state fornite; di seguito ne vengono riportate alcune tra le più significative (Tabella 2.3).

Tabella 2.3 Definizioni di formazione (Battistelli, Majer, & Odoardi, 1997).

<p>“La formazione viene caratterizzandosi, quindi, come momento di apprendimento cambiamento, nel senso di una trasformazione che porta il soggetto ad una presa di coscienza delle proprie risorse, delle proprie capacità, dei percorsi migliorativi attuabili e dell'impiego di tali risorse in un progetto che, tendenzialmente, supera il momento applicativo professionale, per sfociare in una rielaborazione delle proprie esperienze della vita sociale” (Castelli et al., 1981)</p>
<p>“La formazione consente di attivare un processo finalizzato a rendere individui e gruppi soggetti attivi di cambiamento, sia a livello individuale che organizzativo (gruppi), non attraverso l'adesione ad un modello precostituito ed esterno a sé, ma mediante l'elaborazione autonoma e nel confronto con gli altri di una propria strategia di intervento, alimentata da un arricchimento del proprio patrimonio cognitivo, dall'analisi della dinamica emotiva e motivazionale, dalla consapevolezza del proprio ruolo professionale e organizzativo (Avallone, 1989)</p>
<p>“Formazione non più e non solo come attività di progettazione di contenuti/corso, ma come attivazione di condizioni per lo sviluppo di processi di propagazione/diffusione di forme di crescita individuale e di gruppo in un contesto che può essere sociale oltre che organizzativo” (Alessandrini, 1998)</p>
<p>“La formazione è intervento finalizzato a sviluppare nei destinatari un insieme organico di conoscenze, abilità o competenze tali da renderli in grado di collocarsi adeguatamente in specifici contesti e situazioni di lavoro” (Fraccaroli & Vergani, 2004)</p>

Il filo conduttore delle definizioni di formazione è il concetto di cambiamento. Acquisire una conoscenza, modificare un atteggiamento o sviluppare un'abilità è sempre un processo di cambiamento di uno stato in un altro (Battistelli, Majer, & Odoardi, 1997).

Il quadro delle definizioni ha condotto Quaglino (2005) ad enucleare tre principali approcci allo studio della formazione:

- *la formazione per le competenze* o anche la formazione per l'organizzazione, dunque, la formazione con un orizzonte di mestieri di riferimento, per profili di capacità, per contenuti, per programmi, per finalità di breve periodo, per sovrapposizione, per mutuaione di istanze "istruttive", in una prospettiva semplice o complessa, di gestione e sviluppo delle risorse umane o più semplicemente di qualificazione professionale;
- *la formazione per il cambiamento* o anche la formazione in organizzazione, dunque, la formazione con un orizzonte di strategia e cultura per lo sviluppo organizzativo, non solo per contenuti, ma anche per processi, per finalità di medio periodo, per consolidamento dell'appartenenza e del contratto psicologico, per bilanciamento tra cambiamento individuale e cambiamento istituzionale, in una prospettiva di crescita della relazione tra individuo e organizzazione,
- *la formazione per lo sviluppo personale* o anche la formazione oltre l'organizzazione, dunque, la formazione verso un orizzonte di esistenza piena e autentica, per mutuaione di istanze educative, per percorsi e traiettorie di lungo periodo al di là di contenuti e processi verso la riappropriazione dell'individualità del progetto di sé, ovvero verso la coltivazione di sé, la conoscenza e la cura, in una prospettiva di continuità e autonomia.

Per parlare oggi di formazione nelle organizzazioni non ci si può limitare ad analizzarne il volto esplicito, dichiarato e formale; non possono essere ignorati numerosi altri elementi che caratterizzano i processi di apprendimento, l'acquisizione dei saperi professionali, il modellamento dei comportamenti organizzativi, il cambiamento individuale nei contesti di lavoro. L'apprendimento nelle organizzazioni è un processo complesso e continuo che va ben oltre l'erogazione delle attività di training (comportano l'acquisizione sistematica di conoscenze, regole, concetti e atteggiamenti che producono il miglioramento della prestazione in un altro ambiente). Viene riscoperto il ruolo proattivo delle persone nel costruirsi in modo autonomo e discrezionale propri percorsi di crescita professionale (Fraccaroli, 2007).

Apprendere nelle organizzazioni per sviluppare le competenze è oggi considerata una necessità e una realtà con la quale le persone e le organizzazioni devono confrontarsi continuamente. Oggi l'apprendimento viene considerato come un'attività sociale e partecipativa, non solo cognitiva. Nelle organizzazioni l'apprendimento delle conoscenze e delle abilità, lo sviluppo e la diffusione delle competenze, avviene attraverso una costruzione individuale e collettiva delle attività. L'acquisizione e lo sviluppo delle competenze al lavoro nel contesto organizzativo si realizza se si fonda sui principi teorici dell'apprendere:

- per esperienza partecipando attivamente alle attività significative nel contesto di lavoro (Kolb, 1984);
- attraverso la riflessione sulla sua competenza percepita e agita (Schön, 1983);
- dagli altri (Bandura, 1982);
- attraverso la condivisione e la collaborazione (Battistelli, 2003).

Inoltre la persona adulta apprende trasformando le conoscenze tacite in competenze ma anche attraverso la messa in funzione delle conoscenze e delle nuove capacità.

Le strategie capaci di attivare e favorire un costruttivo processo di apprendimento sono ad esempio:

- costruire gruppi di lavoro per realizzare dei progetti innovativi;
- creare condizioni di lavoro che facilitino le comunicazioni e gli scambi di conoscenze tra le persone che possiedono competenze differenti;
- costruire comunità di apprendimento sostenute anche dalle nuove tecnologie della comunicazione;
- creare situazioni di mentoring o di coaching per favorire i processi di osservazione e di riflessione sull'esperienza;
- affidare progetti sfidanti a singoli e a gruppi;
- avviare processi di riflessione sull'azione e in azione (Battistelli, 2003).

Gli aspetti importanti che contribuiscono a definire un ambiente di apprendimento sono relativi alle strutture (gruppi di lavoro e di apprendimento), ai processi (comunicazione, interazione, integrazione, apprendimento individuale e di gruppo, apprendimento cooperativo, condivisione e negoziazione, riflessione in azione e sull'azione) e alle pratiche (scambi, lavoro di gruppo, ricerca e diffusione delle informazioni, progetti di lavoro condivisi, creazioni di modalità e regole per apprendere).

Per costruire ambienti di apprendimento capaci di facilitare processi di acquisizione e sviluppo di competenze nelle organizzazioni è necessario che questi vengano organicamente inseriti nella normale organizzazione del lavoro o come parte di questa. Creare un ambiente organizzativo che faciliti l'apprendimento significa mettere a disposizione tutte le risorse strumentali e relazionali per facilitare l'apprendere, ascoltare le persone e creare un ambiente che stimoli allo scambio, abbassare la competizione sulle conoscenze, creare un'atmosfera di lavoro partecipativo (collaborativo) nel quale i risultati del gruppo sono più importanti e sono resi disponibili a tutti, premiare chi contribuisce ed elabora per il gruppo e per il risultato collettivo (Battistelli, 2003).

2.5 Cambiamento comportamentale nelle aziende sanitarie

Oggi le aziende sanitarie si sono rese conto che il cambiamento dei comportamenti gestionali e operativi delle persone coinvolte costituisce una condizione necessaria di successo. Il cambiamento deve essere attuato con le persone e non sulle persone. L'evoluzione degli studi ha sottolineato la necessità di realizzare un approccio che consideri la gestione delle risorse umane strettamente interdipendente con l'ambiente esterno e la strategia. In questo cambio di prospettiva rispetto al passato, in cui si poneva l'accento solo sulle strategie, l'elemento di distinzione dell'organizzazione è il patrimonio di competenze che permette di intendere l'azienda come luogo di apprendimento. Le persone sono chiamate a mettere in pratica le competenze distintive che l'azienda ha generato attraverso processi di apprendimento individuali e collettivi. La capacità di individuare prima e arricchire poi le proprie competenze chiave è l'elemento che sta alla base delle abilità delle organizzazioni nel competere e nello svilupparsi. Per questo bisogna creare un'organizzazione che sviluppi una cultura a supporto del cambiamento (Paneforte, 1998).

La riprogettazione della struttura organizzativa implica dei cambiamenti culturali. Secondo Galpin (1999) la cultura è un insieme di elementi tra loro correlati: regole e politiche, obiettivi e misure, abitudini e norme, formazione, comportamenti, compensi e riconoscimenti, comunicazione, ambiente fisico e struttura organizzativa.

Queste componenti possono essere raggruppate in:

- valori (ragioni poste alla base dell'agire, ciò che regola i comportamenti e gli atteggiamenti delle persone);
- espressioni visibili (comprendono i comportamenti, l'ambiente fisico, le documentazioni ufficiali, tutto ciò che è facilmente visibile);
- assunti impliciti (elementi inconsci che determinano i modi di pensare e di comportarsi; derivano dall'assimilazione dei valori da parte delle persone).

L'insieme di questi elementi salda i processi e unisce la struttura fisica dell'azienda, proprio per questo la cultura è ciò che determina la velocità dello sviluppo aziendale. La cultura d'azienda interviene nel condizionare il cambiamento organizzativo sotto un duplice aspetto: da un lato influenza la decisione di operare il cambiamento, in quanto la cultura è il filtro dei dati ambientali che mostrano la necessità di cambiare e il tipo di cambiamento necessario, dall'altro lato essa influenza l'implementazione del cambiamento organizzativo, in quanto fattore abilitante o vincolante. La creazione di una cultura aziendale, intesa come condivisione di valori e di obiettivi strategici, è l'unico strumento per integrare le differenti aspettative degli *stakeholder* interni e esterni evitando che tali aspettative influenzino in modo determinante la gestione e la performance dell'azienda. L'esistenza e la continuità nel tempo di tale cultura presuppone, una profonda rivisitazione nella percezione dei ruoli di ognuna delle persone interne all'organizzazione, attraverso il trasferimento di competenze e responsabilità da una figura professionale all'altra (Michellini, 2000).

La diffusione di questa cultura rappresenta una condizione necessaria di competitività. Qualsiasi ulteriore trasformazione culturale richiesta non può prescindere dalla partecipazione delle diverse persone. E' necessario valutare nello specifico contesto il grado di effettiva integrazione delle aspettative dei differenti portatori di interesse prima di proporre ulteriori cambiamenti nei modi di operare.

La trasformazione della cultura organizzativa avviene in diverse fasi e in un arco temporale non predefinito, esistono una serie di momenti concatenati che sono sintetizzabili:

- affermazione della *vision* del *leader* riguardante obiettivi e compiti dell'organizzazione;

- successo della strategia proposta. Ciò conferma nei membri dell'organizzazione la validità dei criteri adottati;
- idealizzazione dei valori organizzativi proposti,
- trasformazione dei valori in assunti che orientano il comportamento dell'organizzazione (Michelini, 2000).

3. Ricerca-azione sulla riorganizzazione di un Dipartimento Chirurgico

3.1 Descrizione del contesto

La ricerca si sviluppa in due unità operative (UU.OO.) di chirurgia generale (chirurgia 1 e chirurgia 2) di un ospedale provinciale di secondo livello del Nord Italia che ha conseguito nel 2007 l'accreditamento all'eccellenza con *Joint Commission International*. Spazialmente le due unità operative, che comprendono 53 posti letto di degenza ordinaria e 8 posti letto day hospital, sono collocate sullo stesso piano e sono separate dalla centrale di sterilizzazione; questa dislocazione rappresenta una barriera fisica reale fra le due realtà. Prima della riorganizzazione l'unità operativa (U.O.) di chirurgia 1 insieme all'U.O. di gastroenterologia curava ed assisteva persone con malattie epato-bilio-pancreatiche mentre l'U.O. di chirurgia 2 persone che necessitavano di interventi di chirurgia toracica.

3.2 Riorganizzazione delle unità operative di chirurgia

La riorganizzazione è motivata dal fatto che le due chirurgie erano intrappolate in un lavoro assistenziale molto routinario e troppo poco personalizzato al paziente. Tali elementi, associati ad altri fattori quali la riduzione dei tempi di degenza nella fase pre e post operatoria, la strutturazione dei *day surgery* all'interno delle unità operative per preparare i pazienti all'intervento e ridurre così la fase della degenza, la tipologia dei pazienti che vengono sottoposti ad intervento chirurgico, sempre più anziani e affetti da polipatologia, hanno comportato un notevole aumento del numero e soprattutto della complessità clinica, assistenziale e organizzativa.

L'attuale divisione dei processi assistenziali, la gestione dei posti letto e del personale con modalità nettamente separate e autonome nelle due unità operative risulta molte volte dispendiosa e di ostacolo ad un efficace utilizzo delle risorse.

Emerge inoltre, soprattutto da parte del personale di assistenza, la necessità di correggere l'attuale frammentazione degli interventi e delle informazioni per una maggior regia e presa in carico del percorso del paziente, dalla fase preoperatoria, alla degenza, fino alla dimissione e al follow up.

Nel corso dell'anno 2011 l'area chirurgica è stata oggetto di un cambiamento della struttura e delle strategie organizzative definito dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera. Tale cambiamento ha riguardato:

- la nomina dei nuovi Direttori di unità operativa;
- il riorientamento specialistico (specializzazione di chirurgia toracica all'unità operativa di chirurgia 1, specializzazione di chirurgia epato-bilio-pancreatica all'unità operativa di chirurgia 2);
- il trasferimento presso l'unità operativa chirurgia 2 degli 8 posti letto di degenza ordinaria dell'unità operativa di gastroenterologia;
- l'istituzione della *Breast Unit* all'interno dell'unità operativa di chirurgia 1 con 8 posti letto (6 di degenza ordinaria e 2 di *day surgery*).

Come conseguenza è emersa l'esigenza di prevedere un cambiamento nel modello assistenziale e nei processi di lavoro passando da un modello per funzioni allo sviluppo e all'introduzione di un modello di erogazione dell'assistenza centrato sul paziente, il *Primary Nursing*.¹

Il cambiamento della struttura, delle strategie organizzative e dei processi di lavoro è interconnesso con un cambiamento di tipo culturale che sottolinea l'importanza di:

- personalizzare l'assistenza e assumere come valore la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale;
- potenziare la relazione di partnership con la famiglia;
- accettare la differenziazione delle competenze tra colleghi;
- utilizzare la consulenza dei colleghi esperti;
- creare alleanze nel team di cura;
- assumere atteggiamenti propositivi e responsabili.

¹ *Primary Nursing*: modello assistenziale orientato alla continuità dell'assistenza. Si basa sui seguenti principi: assegnazione e consenso della responsabilità per le decisioni prese ad un'unica persona, assegnazione dell'assistenza giornaliera attraverso il metodo dei casi, comunicazione diretta da persona a persona, un'unica persona operativamente responsabile della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti 24 ore al giorno e per sette giorni alla settimana (Manthey, 1980).

In seguito alla riorganizzazione le due unità operative comprendono 53 posti letto di degenza ordinaria e 8 di day hospital così suddivisi:

- U.O. chirurgia 1: 32 posti letto di chirurgia dei quali 4 di day hospital;
- U.O. chirurgia 2: 21 posti letto di chirurgia e 8 posti letto di gastroenterologia dei quali 4 di day hospital.

Di seguito viene presentato il numero di risorse umane presenti a settembre 2011 all'interno delle unità operative sede della ricerca, divise per profili professionali (Tabella 3.1).

Rispetto all'U.O. di gastroenterologia si riporta solo il personale medico, che risponde sia al servizio di gastroenterologia ed endoscopia digestiva che alla degenza; l'assistenza viene garantita dall'equipe assistenziale della U.O. chirurgia 2.

Tabella 3.1 Numero risorse umane presenti 8 settembre 2011

FIGURE PROFESSIONALI	U.O. CHIRURGIA 1	U.O. CHIRURGIA 2	U.O. GASTRO ENTEROLOGIA
Direttore di U.O.	1	1	1
Dirigente medico	9	8	9
Coordinatore infermieristico	1	1	
Infermiere	25	21	
Operatore Socio Sanitario	10	8	

Nell'equipe infermieristica vi è la presenza di infermieri con competenze esperte, ufficialmente riconosciute tramite l'assegnazione dell'indennità professionale specifica aggiuntiva (Contratto Collettivo Provinciale Lavoro personale non dirigenziale 2006/2009, art.124):

- un infermiere per ogni U.O. di chirurgia esperti nella gestione metodologica dei processi infermieristici con funzione di referenti della fase pre-operatoria;
- un infermiere per ogni U.O. di chirurgia esperto nella gestione metodologica dei processi infermieristici e precisamente processi di carattere organizzativo a supporto dell'attività del coordinatore infermieristico;
- un infermiere a livello di Dipartimento esperto nella sorveglianza epidemiologica e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali che opera.

Quattro infermieri hanno frequentato o stanno frequentando master di primo livello e precisamente:

- due infermieri hanno conseguito il master in nursing avanzato per la sorveglianza epidemiologica e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (ICPA);
- un infermiere ha conseguito il master in assistenza sanitaria a pazienti stomizzati ed incontinenti;
- un infermiere sta frequentando il master in gestione della qualità, del rischio clinico e della sicurezza del paziente.

Sono inoltre presenti 12 infermieri supervisori di tirocinio; entrambe le unità operative di chirurgia infatti sono sedi formative accreditate per il tirocinio clinico; in particolare vengono accolti studenti della laurea in scienze infermieristiche e del corso di formazione per operatori socio sanitari.

L'attuale organizzazione dell'assistenza è un'organizzazione a settori (denominati sezione femminile e maschile); gli infermieri lavorano secondo il modello di assistenza funzionale². Tutti i giorni feriali (dal lunedì al venerdì) vengono accolti pazienti con ricoveri programmati; i ricoveri urgenti avvengono a giorni alterni.

Presso l'U.O. di Chirurgia 1 ogni settore, sia nel turno di mattina che di pomeriggio, è seguito da due infermieri uno dei quali assume il ruolo di referente, sia per i pazienti che per l'infermiere di settore e gli operatori sociosanitari (OSS).

Gli operatori sociosanitari sono numericamente maggiori nel turno del mattino ed è prevista un'unità in più nei giorni di seduta operatoria; non sono presenti nel turno notturno.

Presso l'U.O. di chirurgia 2 solo nel turno di mattino sono presenti due unità per settore (un infermiere referente e uno di settore), nel pomeriggio è garantita la presenza di un infermiere referente per ogni settore e un terzo infermiere a livello dell'intero reparto.

Gli OSS sono uno per ogni settore e nel turno di mattino vi è un'unità in più sui due settori. Non sono presenti nel turno notturno.

² Modello di assistenza funzionale: modello assistenziale centrato sul compito non sul paziente. Il coordinatore assegna agli infermieri i compiti da eseguire in base alle loro qualifiche ed abilità. Gli svantaggi maggiori sono la mancata continuità assistenziale, l'assenza di una visione globale del paziente e la possibilità che l'assistenza possa diventare meccanica (Barelli, Pallaoro, Perli, Strimmer, & Zattoni, 2006).

Attualmente vengono garantiti complessivamente una media di 220 minuti di assistenza al giorno per paziente, dei quali il 70% è tempo infermiere. In un turno di lavoro, ogni infermiere ha in carico in media 9 pazienti, mentre il personale OSS si occupa mediamente di 18 pazienti.

Questi standard assistenziali sono in linea con le Raccomandazioni contenute nel *position paper “Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference”* (Saiani et al., 2011).

I turni di lavoro sono programmati mensilmente, non seguono una sequenza fissa, ma rispettano i vincoli contrattuali, i criteri di presenza in turno e le richieste del singolo dipendente. Il personale durante il periodo di riorganizzazione non ha avuto incentivi economici. Attualmente, presso l’U.O. di chirurgia 2 sono presenti protocolli, per tipologia di intervento chirurgico, elaborati e validati dal precedente Direttore di U.O. I protocolli descrivono l’assistenza al paziente dalla fase preoperatoria fino alla dimissione.

Non esistono percorsi clinico assistenziali scritti. Dal confronto con i coordinatori infermieristici emerge che, nella pratica, esistono percorsi clinico assistenziali non omogenei sulla stessa tipologia di intervento chirurgico. La documentazione clinica, i fogli unici di terapia e le grafiche sono diversi nelle tre unità operative.

3.3 Coordinamento e gestione della ricerca-azione

Le attività relative alla ricerca-azione sono state coordinate da un comitato scientifico composto da membri del Servizio *Governance* dei Processi Assistenziali, Area dei Sistemi di *Governance* dell’Azienda Sanitaria, del Servizio per le Professioni Sanitarie, Servizio Ospedaliero Provinciale dell’Azienda Sanitaria e dell’Università di Verona.

Il lavoro di ricerca è stato costantemente condiviso attraverso incontri:

- di coordinamento, verifica e riprogettazione continua da parte del comitato scientifico;
- informativi con il Direttore dell’Area Sistemi di *Governance*, la Direzione Sanitaria e il Servizio per le Professioni Sanitarie dell’Azienda Sanitaria, il Direttore del Dipartimento Chirurgico, il Direttore U.O. Chirurgia generale 1 e il Direttore U.O. Chirurgia generale 2 dell’Ospedale;
- di monitoraggio del percorso, con i Direttori e i Coordinatori infermieristici delle due U.O.;

- di feedback, con gli infermieri e gli operatori sociosanitari;
- per declinare il modello assistenziale del *primary nursing* in chirurgia, con i Coordinatori infermieristici.

3.4 Ricerca-azione per il cambiamento organizzativo

La psicologia delle organizzazioni ha un interesse intrinseco all'applicazione dei risultati di ricerca nei contesti reali di lavoro. Accanto alla ricerca empirica nei contesti organizzativi si è diffusa anche una più particolare forma di ricerca: la ricerca-azione (*action research*). Il termine e il concetto vengono dalla psicologia sociale e in particolare da Lewin. Si tratta al tempo stesso di una traccia metodologica di intervento e di una concezione del cambiamento, che hanno ispirato numerosi studiosi e esperti, che continuano ancor oggi a rappresentare un riferimento importante per chiunque voglia occuparsi del cambiamento nelle organizzazioni. La ricerca-azione si propone come obiettivo di studiare le cose cambiandole e osservando gli effetti dei cambiamenti introdotti (Depolo, 1998).

In ambito sanitario la ricerca azione rappresenta uno degli strumenti più utilizzati di ricerca. Nelle sue varie forme e denominazioni essa costituisce un metodo rigoroso che coniuga da un lato le finalità della ricerca e dell'osservazione dei fenomeni più o meno problematici con le esigenze di cambiamento espresse dai contesti nei quali avvengono tali fenomeni (Scurati, 1997).

3.4.1 Definizioni di ricerca-azione

Il termine ricerca-azione racchiude diversi approcci con tradizioni e orientamenti filosofici differenti e quindi non è facile fornire una definizione univoca (Argentero et al., 2009). Tuttavia essa può essere intesa come:

- a) un modo di intervenire all'interno del contesto organizzativo, con un intento trasformativo e di costruzione di conoscenza;
- b) un modo ciclico e ricorsivo di conoscere nella relazione e attraverso la relazione;
- c) una filosofia, un modo di essere e di vivere;
- d) una metodologia di ricerca quali-quantitativa.

a) Ricerca-azione è un modo di intervenire all'interno del contesto organizzativo, con un intento trasformativo e di costruzione di conoscenza

Parte da una domanda espressa dall'organizzazione attraverso qualche suo rappresentante oppure da una domanda proposta dal ricercatore stesso e fatta propria da un attore o da un gruppo di attori organizzativi.

Nel primo caso è importante il modo in cui si arriva ad una visione condivisa su ciò che si intende ricercare, sulle criticità che si stanno affrontando e che si vorrebbero superare, al fine di pervenire insieme ad analizzare la domanda e gli elementi che rappresentano il punto di partenza dal quale evolvere. Nel secondo caso si deve identificare la persona che fungerà da iniziatore e facilitatore del processo. E' importante incontrare il contesto organizzativo per verificare l'interesse di qualcuno verso le domande sia di conoscenza sia di applicazione formulate dall'agente di cambiamento (Kaneklin, Piccardo, & Scaratti, 2010).

b) Ricerca-azione è un modo ciclico e ricorsivo di conoscere nella relazione e attraverso la relazione

E' condizione essenziale affinché la conoscenza diventi fonte di energia in grado di orientare e sostenere i futuri comportamenti degli attori impegnati in un cambiamento organizzativo; la produzione conoscitiva è congiunta, costruita con loro e affonda le radici nell'azione pratica (Quaglino, 1988).

Si ipotizza che si conosce, a partire dalla riflessione sulla pratica, quando la pratica è interrogata dagli attori, considerati detentori di una conoscenza pratica, situata, tacita, insieme al ricercatore, quest'ultimo osserva, la misura e la interpreta insieme agli attori. Il ruolo della ricerca-azione è di rendere tale conoscenza esplicita se si intende cambiare la routine e i processi organizzativi consolidati nel tempo. La conoscenza si definisce grazie a cicli di azione e riflessione nei momenti formali di lavoro come in quelli informali. Essa emerge nel corso del tempo così come la qualità delle relazioni (Kaneklin et al., 2010).

c) Ricerca-azione è una filosofia, un modo di essere e di vivere che interpreta e vive la partecipazione come testimonianza e come metodologia

La ricerca è animata da intenti valoriali e trasformativi, intende raggiungere importanti scopi organizzativi e sociali (Kaneklin, 2006).

E' ricerca con, per e attraverso le persone, non sulle persone; è un atteggiamento riflessivo che assume, nelle situazioni di cambiamento, la costante interrogazione e ridefinizione dei propri comportamenti, delle proprie intenzioni e dei propri scopi.

d) Ricerca-azione è una metodologia di ricerca quali-quantitativa

E' una pratica riflessiva, un esercizio di azione riflessiva e di cooperazione durante tutto il processo di ricerca: dall'interrogazione della domanda, nel corso della co-costruzione di una comune visione del problema, nonché di un comune oggetto sul quale riflettere insieme, sino alle fasi di valutazione dell'intero processo. Il disegno della ricerca è ricorsivo a più livelli e rispetto a molteplici dimensioni: l'oggetto stesso della ricerca, i componenti del gruppo dei partecipanti attivi nella ricerca, l'abilità dei ricercatori. Si svolge in contesti inevitabilmente attraversati da ambiguità e imprevedibilità: le interazioni sono spesso precarie e non sempre sfociano in risultati stabili. Lo sviluppo della ricerca è collettivamente negoziato all'interno di una volontà di cooperazione con i soggetti organizzativi. E' fondamentale quindi costruire un setting in grado di facilitare la nascita e la crescita di rapporti costruttivi e produttivi tra tutti i partecipanti alla ricerca (Kaneklin et al., 2010).

La ricerca-azione:

- esige che si definisca *“un fine comune e un campo comune di interazioni concrete”*;
- fa appello ad una comunicazione simmetrica tra i protagonisti che abolisce il rapporto soggetto/oggetto tra i ricercatori e gli altri soggetti implicati nella ricerca;
- privilegia il cambiamento e l'attività di ricerca come agente di cambiamento;

- ha una specificità che consiste nella circolarità tra ricerca e azione nel senso che mira a lavorare per generare l'azione attraverso la ricerca e la ricerca attraverso l'azione, nel confronto e nella discussione dell'una attraverso l'altra nel cambiamento;
- è intenzionale, si esprime in un progetto che ha caratteristiche di progetto scientifico in quanto implica un processo di riflessione, di analisi e di trattamento dei dati (Nigris, 1995).

3.4.2 Specificità delle diverse pratiche di ricerca-azione

Gli studiosi nel tempo hanno descritto, teorizzato e praticato la ricerca-azione in diversi modi:

- a) la ricerca-azione classica sperimentale di Kurt Lewin (1946);
- b) l'*Action Science* di Argyris e Schön (1989);
- c) le diverse pratiche di ricerca-azione partecipativa di cui si riportano alcuni esempi: la *Co-operative Inquiry* di Heron (1996) e Reason, Bradbury (2001, 2008), la *PAR – Participatory Action Research* di Whyte (1991), l'*Action Inquiry* di Torbert (1973).

a) La ricerca-azione classica sperimentale di Lewin

E' il ricercatore che testa empiricamente le sue ipotesi causali dedotte da una teoria a priori, che detta la direzione del cambiamento auspicato e promuove il coinvolgimento attivo degli attori, favorendo la loro massima partecipazione per facilitare il processo di implementazione del cambiamento desiderato.

Il paradigma della ricerca azione di Lewin si caratterizza, come sostiene Cunningham (1976), più che come una metodologia di ricerca lineare, come un processo ciclico che procede attraverso una spirale di provvedimenti, ciascuno dei quali si compone di tre momenti: pianificazione, esecuzione e valutazione dei risultati dell'azione. Il momento della *pianificazione* parte o da un'idea generale di cambiamento, o da un bisogno latente o manifesto; dal momento che spesso non sono chiari né gli scopi che sottendono all'obiettivo di cambiamento, né le risorse disponibili, sempre nella pianificazione ci si sofferma su questi elementi, rintracciando metodi e strumenti adeguati allo scopo più chiaramente delineato.

Se questo primo momento riesce, si giunge all'elaborazione di un piano globale per il conseguimento dell'obiettivo e viene fissata la prima azione.

Di solito l'idea originale ne risulta modificata (Trombetta & Rosiello, 2000). Il secondo momento è invece rappresentato dall'osservazione della prima, o delle prime azioni fissate dal piano globale. E subito si passa alle *inchieste* per verificare i risultati di tali azioni.

Secondo Trombetta e Rosiello (2000) tali inchieste assolvono quattro funzioni:

- valutano l'azione, stabilendo se quanto è stato eseguito corrisponde o no alle aspettative;
- offrono agli ideatori del piano la possibilità di apprendere la validità o l'inefficacia di determinate tecniche di azione;
- forniscono le basi per il passo successivo;
- consentono, infine di far fronte alla necessità per l'eventuale modificazione del piano globale.

Da questa descrizione si può evincere come l'azione di verifica caratterizzi fin dall'inizio questo percorso metodologico, andando a modificare in itinere il piano globale inizialmente tracciato, attraverso successivi cicli di pianificazione, esecuzione e valutazione. L'ottica partecipativa caratterizza profondamente e concretamente la ricerca-azione Lewiniana.

Coerentemente con quanto rilevato dalle ricerche sperimentali sui gruppi, Lewin ritiene indispensabile *la condivisione delle finalità e delle procedure sperimentali* della ricerca in questione, da parte di tutti i soggetti coinvolti, al fine di ottenere la cooperazione continua degli individui e delle organizzazioni. Questo alto livello di condivisione di scopi e procedure genera la necessità che i partecipanti familiarizzino, ognuno secondo le proprie capacità e attitudini, con gli aspetti scientifici del problema. Un elevato livello di preparazione è, pertanto, un requisito essenziale per l'attività di ricerca in un'organizzazione (Lewin, 1951, trad. it. 1972).

Come fanno rilevare ancora Trombetta e Rosiello (2000) il *ricercatore* non si isola quindi dal contesto ma opera nel campo sociale in questione coinvolgendo nella ricerca tutti i soggetti interessati, assumendo anche i ruoli di *formatore* e di *agente di cambiamento*.

Lewin giunge così a considerare "*l'azione, la ricerca, l'addestramento come un triangolo che è indispensabile mantenere tale nell'interesse di ciascuno dei suoi vertici*" (Lewin, 1951, trad. it. 1972).

La conseguenza peculiare di questa impostazione è una gestione del potere da parte del ricercatore con, e non sui, membri del gruppo sociale coinvolto nella ricerca: pur nel rispetto dei ruoli si tendono a valorizzare le risorse personali e professionali presenti nel gruppo, prevedendo anche un'eventuale azione di trasferimento delle competenze utili per la gestione dei problemi indagati.

b) L'Action Science di Argyris e Schön (1989)

E' opposta alla logica sperimentale e ha come obiettivo di accedere induttivamente alla cultura dei partecipanti alla ricerca operando all'interno del loro contesto naturale. Il processo conoscitivo e interpretativo prevede l'utilizzo di una metodologia qualitativa di raccolta dei dati, ricorrendo soprattutto all'etnografia e all'osservazione partecipante. Il ricercatore riserva per sé il ruolo di esperto, intervenendo a livello dei processi nel corso del cambiamento che consegue quale risultato del momento interpretativo e diagnostico. In questa forma di ricerca-azione l'enfasi positivista sulla ricerca condotta per le persone compie una svolta a favore della ricerca realizzata con le persone: in questo modo, sarà possibile avere accesso alle loro realtà culturali e quindi migliorare l'efficacia organizzativa e le relazioni interpersonali.

La riflessione è relativa allo sviluppo e alla valutazione oggettiva delle personali inferenze del ricercatore, facendo appello a ciò che è direttamente osservabile, cui si ha accesso attraverso la partecipazione alla vita organizzativa, in modo che ogni resoconto e spiegazione avranno una corrispondenza con la soggettività condizionata culturalmente dei membri dell'organizzazione.

c) Le pratiche di ricerca-azione partecipativa

La *Co-operative Inquiry*. E' un tipo di ricerca-azione che valuta soprattutto l'idea che le persone decidono in maniera autonoma e perciò non possono essere indagate senza la loro piena partecipazione.

L'attenzione alla dimensione trasformativa all'interno del gruppo dei pari rende la *Co-operative Inquiry* interessante nell'ambito della psicologia di comunità. Si caratterizza per:

- la trasformazione della persona attraverso l'impegno negli scopi e nelle procedure della ricerca;
- la presentazione dei propri *insight* sul tema della ricerca attraverso ogni forma espressiva;
- la redazione di rapporti progettuali, concernenti il focus della ricerca, che forniscono commenti e spiegazioni su quanto descritto e sulle prospettive della ricerca, descrivendone altresì il metodo;
- le competenze operative negli ambiti oggetto di ricerca e inerenti forme partecipative e collaborative sviluppate nel corso della stessa (Heron, 1996).

La **PAR – Participatory Action Research**. La ricerca-azione partecipata si colloca nella prospettiva del domani, porta cambiamento, ed è rivolta al futuro. Il suo compito non è descrivere il mondo come si presenta, ma riuscire a delineare come potrebbe essere. Il ricercatore ha la funzione di catalizzatore e attivatore delle esperienze; la sua è una funzione politica in quanto “la partecipazione è anche politica: conferma il diritto delle persone e la loro competenza nell'esprimere la propria voce nelle decisioni che li concernono, rivendicando il diritto a produrre conoscenze su loro stesse. Oltre a produrre conoscenze e azioni direttamente fruibili dalle persone, ad un secondo e più profondo livello, può accrescerne le competenze nel costruire le proprie conoscenze e nel farne uso” (Reason & Bradbury, 2008). Il ricercatore lavora a diretto contatto con coloro che sono portatori di un bisogno per identificare insieme i problemi e i processi di generazione di conoscenza. In questo modo egli si mette in discussione e sottopone se stesso al giudizio altrui. È pienamente presente sul campo senza nascondersi dietro il ruolo di “esperto” e le persone possono riconoscergli le sue reali competenze (Reason & Bradbury, 2008). È quasi assiomatico che il ricercatore appartenga al contesto che la ricerca studia (Marshall & Reason, 2007), ma in ogni caso è bene che esplori le forme e i modi in cui egli stesso è coinvolto nella ricerca, per quanto concerne sia l'approccio metodologico sia l'argomento.

L'**Action Inquiry**. Torbert (1976) definisce l'*action inquiry* un approccio olistico di una procedura, che allo stesso tempo, cerca di agire e di indagare, coinvolgendo il ricercatore, la relazione in cui è attivo e l'istituzione di cui è osservatore partecipante.

Il feedback continuo dei comportamenti e delle strategie è la filosofia alla base dell'*action inquiry*: è ciò che consente il miglior raggiungimento di risultati. Il suo scopo è di arrivare al cambiamento dei comportamenti attraverso un processo continuo di monitoraggio di ciò che accade in quattro territori dell'esperienza: il mondo esterno, le sensazioni e le azioni del soggetto, i suoi pensieri e il suo modo di vedere/intendere/guardare.

Non si tratta di categorie analitiche, ma di territori fenomenologici dell'esperienza, che esistono simultaneamente e in continuità e che possono portare, nello stesso tempo, ad adattamenti congruenti (*consonance*) o dissonanti. È un processo che consente di analizzare come un tutto, l'esperienza del soggetto e il campo in cui è inserito, e in tal modo permette continui aggiustamenti che rendono più positiva l'esperienza complessiva (Reason & Bradbury, 2008).

3.4.3 Parole chiave della ricerca-azione

Partecipazione. E' un aspetto essenziale della ricerca-azione che garantisce ai partecipanti di essere soggetti attivi protagonisti della ricerca.

La ricerca-azione è costruita sui bisogni reali dei partecipanti e li coinvolge nell'individuazione delle situazioni problematiche, nell'elaborazione di ipotesi di soluzione e nella loro realizzazione. L'attività di ricerca partecipata implica un'intensa circolazione di informazioni e idee tra tutti i soggetti coinvolti, con pari dignità, nelle attività.

Contestualizzazione. La ricerca-azione prende avvio da situazioni e aspetti specifici. Le soluzioni proposte sono altrettanto specifiche e possono essere immediatamente utilizzate. E' orientata all'individuazione delle condizioni ed azioni di cambiamento piuttosto che alla definizione dei fenomeni. E' più interessata a comprendere la natura dei processi piuttosto che valutare i prodotti anche se non li esclude.

La ricerca-azione si qualifica come ricerca *idiografica* (esplorativa e situata) piuttosto che *nomotetica* ossia finalizzata a ricercare le leggi generali di un fenomeno (Nigris, 1995).

Fa attenzione agli effetti previsti/imprevisti, desiderabili/indesiderabili di una pratica o di un intervento e cerca di collegarsi all'affettività delle persone attive nella situazione e ai loro desideri, che sono alla base della loro partecipazione alla ricerca. La ricerca-azione mette in rapporto il metodo al contesto, accosta le situazioni al modo in cui operano le persone impegnate in una situazione, considera ciò che funziona. Nella situazione, quindi, va analizzato il positivo e il negativo, la potenza e la debolezza.

Sistematicità. La ricerca-azione è sistematica e rigorosa. Si sviluppa attraverso le seguenti fasi: individuazione della situazione problematica e definizione del problema; analisi della situazione (o delle situazioni); definizione di un piano di azione, fondato su basi teoriche; realizzazione operativa del piano di azione; osservazione; valutazione del/i percorso/i; rivisitazione del piano. Vi è un circuito metodologico basato su: analisi-azione-riflessione-analisi; il risultato della ricerca-azione è un processo continuo e aperto di riprogettazione e riformulazione del/i problema/i (Nigris, 1995).

Riflessività. La riflessività è un elemento essenziale per la correttezza e la coerenza delle azioni intraprese e delle decisioni assunte. Essa permette di acquisire consapevolezza della congruenza tra teorie in azione (*theory in action*), teorie che traspaiono dalle proprie azioni, e la “teoria sposata” (*espoused theory*), ossia della teoria che si dice di seguire.

Assieme all'osservazione, la riflessione nella ricerca-azione porta al miglioramento della pratica e al miglioramento professionale operando un *cambiamento di paradigma*, ossia il vedere le cose da un altro punto di vista. Da questo punto di vista acquista importanza la ‘triangolazione’, ovvero la possibilità di riflettere su dati che provengono da strumenti, da prospettive e da soggetti diversi.

Circolarità teoria-pratica. La ricerca-azione è radicata nella prassi perché parte da un aspetto relativo ad una situazione concreta e i risultati si riferiscono immediatamente alla situazione concreta.

La stessa dimensione teorica emerge dalla prassi come riflessione sulle motivazioni dell'agire e come valutazione critica. Le teorie (*theory in action* e *espoused theory*) vengono esplicitate e confrontate con la pratica. La riflessione sulla pratica fonda la possibilità di una teoria che nasce dalla pratica e di una pratica che arricchisce la teoria. Il “problema” non è dato immediatamente, ma viene “posto” e definito attraverso *una* tra le molte possibili descrizioni della situazione.

Una situazione può sempre essere ridescritta e il problema ridefinito, il che significa formularne uno diverso. L'interpretazione della situazione problematica, per definire il problema, rappresenta quindi già un'alterazione/modificazione della stessa. La modificazione è momento di interpretazione in quanto quest'ultima consiste in azioni che sono il risultato di operazioni compiute nel reale e sul reale.

Nella ricerca-azione l'azione s'intreccia costantemente con l'interpretazione nel senso che dalle modificazioni della situazione, conseguenti dalle azioni intraprese, è necessario reinterpretare di volta in volta le modificazioni assunte dalla situazione, per cogliere il senso delle modificazioni parziali ed intermedie e dirigere il corso delle azioni successive. Il valore formativo della ricerca-azione si fonda in questo processo continuo d'interpretazione, modificazione della realtà e attribuzione di significato alla direzione assunta dai mutamenti (Cunningham, 1976).

Pari dignità fra i soggetti in ricerca. La ricerca-azione coinvolge direttamente il soggetto nell'oggetto della ricerca ed esclude forme di separazione tra chi interagisce con un dato contesto (ad esempio, gli operatori sanitari) e il ricercatore; la posizione di ricercatore è assunta da ciascuno dei soggetti in azione poiché ognuno elabora un sapere proprio e partecipa alla elaborazione del sapere degli altri.

La ricerca-azione per sua natura si apre all'imprevisto, al fallimento e al ripensamento attraverso una continua valutazione degli obiettivi della ricerca stessa, quindi costituisce un momento di riflessione e di analisi da cui si ricavano nuovi problemi e nuove possibilità di soluzione di problemi.

Grazie all'utilizzo di strumenti d'indagine anche di tipo qualitativo si riesce a cogliere l'esperienza vissuta, si consente il recupero, il rispetto e la valorizzazione della soggettività, fondamentale per promuovere processi d'inclusione e di partecipazione attiva di tutti i soggetti (Nigris, 1995).

3.4.4 Strumenti della ricerca-azione

Nella ricerca-azione si possono distinguere strumenti che assolvono scopi diversi: strumenti per la ricognizione e per l'esplorazione, strumenti per la comprensione, strumenti per la verifica, per l'apprendimento e per l'azione. Per indagare e costruire conoscenza attorno ad un problema organizzativo o a una direzione possibile di cambiamento, gli elementi su cui fondarsi sono la soggettività e l'intersoggettività delle percezioni e delle rappresentazioni degli eventi studiati.

Servono dunque principalmente strumenti per la messa in dialogo, per l'apertura di punti di vista e per il confronto e la discussione di modelli e intuizioni. Occorrono strumenti che aiutino ad entrare in contatto con chi vive nell'organizzazione, a raccogliere dati funzionali e utili ad aprire gli sguardi sulle questioni. Possono essere strumenti che sollecitano più la dimensione razionale o più quella emotiva, o ancora quella relazionale. Nella ricerca-azione occorre immaginare l'altro e il contesto in cui si sta intervenendo; gli strumenti sono dunque utilizzati verificando di continuo il loro contributo e la loro utilità. Inoltre, poiché utilizzando strumenti di ricerca si stanno già producendo dei cambiamenti, il ricercatore può fare delle ipotesi rispetto agli effetti voluti e imprevisi determinati dal loro impiego. Gli strumenti della ricerca-azione non sono definibili di per sé e non hanno funzione se non in dipendenza da aspetti peculiari e contestuali che si giocano nell'organizzazione di riferimento. Essi non valorizzano o aiutano un processo in atto, ma necessitano di essere considerati rispetto al bisogno di un'organizzazione e rispetto ai suoi mezzi, cioè rispetto all'unicità di una domanda. Una caratteristica importante degli strumenti nella ricerca-azione è quella di poter essere anche creati ad arte ovvero di essere pensati e costruiti nel e per il contesto in cui sono impiegati (Kaneclin et al., 2010).

Sia per la fase di raccolta dati che per la fase di analisi gli strumenti e le procedure dovrebbero essere costruiti in modo condiviso e risultare dal lavoro congiunto dei ricercatori e dei partecipanti alla ricerca. Nella fase di analisi occorre tenere aperte più strade che, intrecciandosi, possono dare vita a una mappa della conoscenza, una specie di contenitore di dati, che vengono poi resi attivi nella fase di interpretazione partecipata che segue. E' cruciale la rilettura condivisa dei dati emersi da parte di tutti quelli che sono stati coinvolti, implicati e attivati nel cambiamento organizzativo.

Il processo si chiude con la restituzione dei risultati. In questa fase, scegliere come socializzare la conoscenza emersa e quali canali utilizzare permette di conferire il senso di utilità e di possibilità di cambiamento a tutte le persone che hanno preso parte al processo di ricerca-azione. La ricerca-azione evolve e prende forma nel tempo, dimensione essenziale anche a generare un rapporto di fiducia tra tutti gli attori coinvolti (Argentero et al., 2009).

3.5 Obiettivi della ricerca-azione del Dipartimento Chirurgico

La ricerca-azione è volta ad accompagnare e orientare, dal punto di vista dei modelli d'assistenza centrati sul paziente, il cambiamento nei modelli e processi lavorativi delle due unità operative chirurgiche.

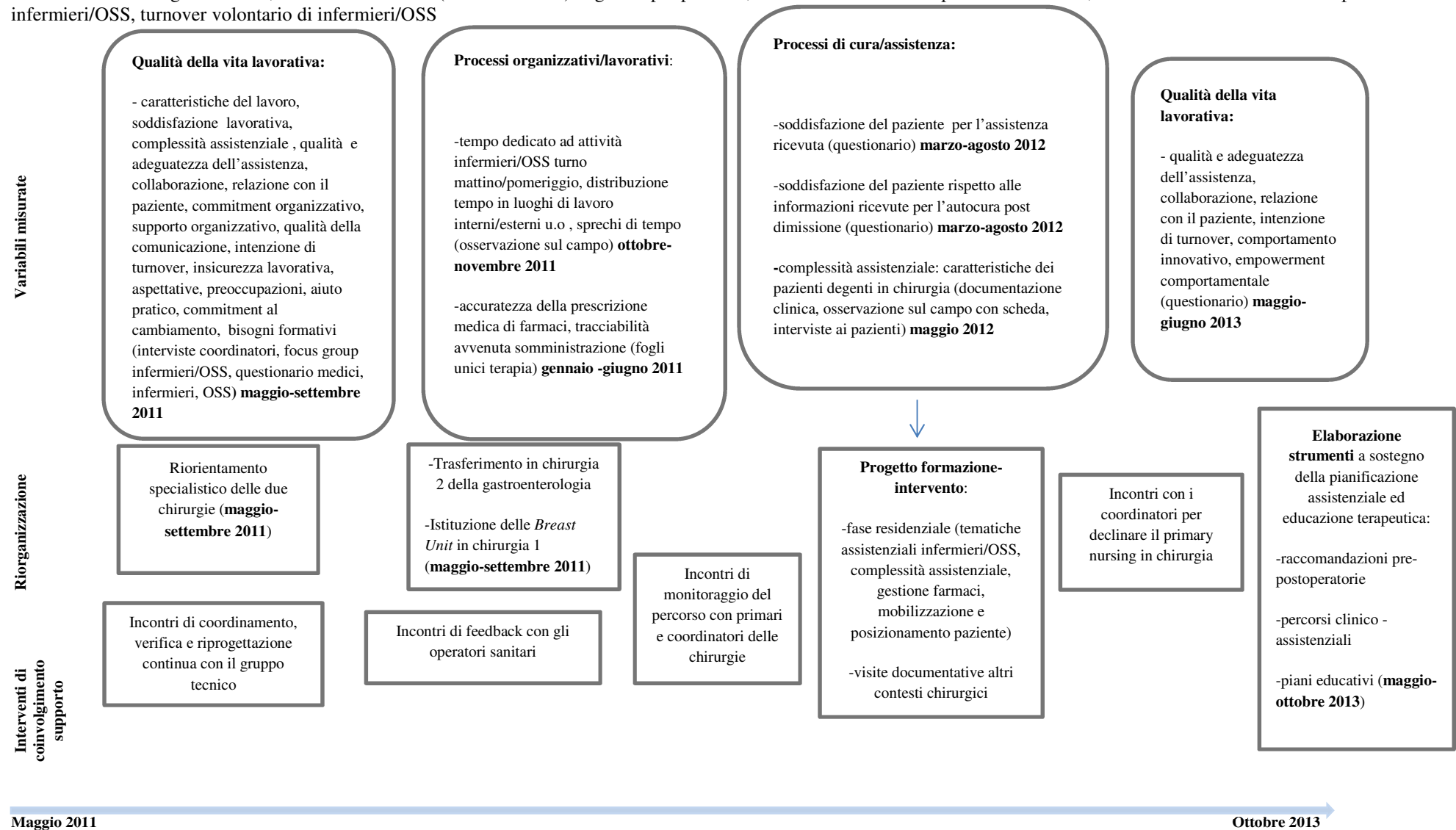
In particolare si propone di ricercare, valutare e monitorare il processo di cambiamento:

- sugli operatori sanitari (medici, infermieri e operatori sociosanitari) alcuni fattori individuali degli operatori sanitari (atteggiamenti, percezioni e comportamenti), del clima di gruppo, di collaborazione e del supporto sul piano organizzativo al fine di migliorare l'aderenza ai processi innovativi;
- su alcuni processi assistenziali (preparazione preoperatoria, educazione al paziente, dimissione dall'ospedale);
- sui pazienti in termini di continuità, sicurezza, qualità dell'assistenza e soddisfazione.

3.6 Schema di sviluppo della ricerca

L'attività di ricerca si è svolta in 30 mesi, nel periodo 1 maggio 2011 – 31 ottobre 2013. Il diagramma temporale e le relative fasi operative sono riportate nella figura 3.1.

Dati di contesto: degenza media, minuti di assistenza (infermieri/OSS) al giorno per paziente, skill mix delle 24 ore e per turno di lavoro, richieste di uscita dall'U.O. da parte di infermieri/OSS, turnover volontario di infermieri/OSS



3.7 Benessere, aspettative, preoccupazioni degli operatori sanitari: variabili di studio

Le variabili studiate sono state scelte sulla base di un'approfondita analisi della letteratura sui processi di cambiamento e sulla coerenza rispetto alla situazione oggetto di ricerca. Sono state individuate le variabili individuali e di relazione individuo/organizzazione più significative che in precedenti ricerche hanno dimostrato di influenzare i processi di cambiamento organizzativo.

3.7.1 Caratteristiche del lavoro

Le caratteristiche del lavoro possono essere definite come gli attributi del compito/della mansione, del lavoro e dell'ambiente sociale e organizzativo.

In letteratura sono state individuate 107 diverse caratteristiche del lavoro il cui significato può talvolta parzialmente, e in alcuni casi totalmente, sovrapporsi. Per questo motivo Morgeson e Humphrey (2006) le hanno analizzate e ridotte a 18, le quali possono a loro volta essere sintetizzate in tre macro categorie: caratteristiche motivazionali, sociali e di contesto (Tabella 3.2).

Tabella 3.2 Caratteristiche del lavoro

Motivazionali	Sociali	Di contesto
Relative al compito <ul style="list-style-type: none">▪ autonomia▪ varietà del compito▪ significato del compito▪ identità del compito▪ feedback dal lavoro Relative alle conoscenze <ul style="list-style-type: none">▪ complessità del lavoro▪ elaborazione delle informazioni▪ risoluzione di problemi▪ varietà delle abilità▪ specializzazione	<ul style="list-style-type: none">▪ supporto sociale▪ interdipendenza▪ interazione esterna all'organizzazione▪ feedback da altri	<ul style="list-style-type: none">▪ condizioni ergonomiche▪ richiesta di attività fisica▪ condizioni di lavoro▪ utilizzo di attrezzature

Di seguito verranno descritte le caratteristiche del lavoro introdotte nella ricerca.

Caratteristiche motivazionali

Sono le più studiate in letteratura in quanto riflettono la complessità globale del lavoro (Oldham, Kulik, Ambrose, Stepina & Brand, 1986).

Il principio che sta alla base dell'approccio motivazionale è che quando il lavoro presenta queste caratteristiche esso è più motivante e soddisfacente. Campion e McClelland (1993) hanno suddiviso le caratteristiche motivazionali in due sottogruppi: caratteristiche relative al compito (riguardano le modalità con cui lo stesso lavoro è svolto e la gamma e la natura dei compiti associati ad un determinato lavoro) e caratteristiche relative alle conoscenze (riguardano il tipo di conoscenze, capacità e abilità richieste al lavoratore per svolgere la propria funzione).

Nella ricerca sono state prese in considerazione le seguenti caratteristiche relative al compito: l'autonomia, la varietà e l'identità del compito.

L'autonomia

Inizialmente era intesa come la libertà e l'indipendenza che un individuo ha nell'esecuzione del proprio lavoro (Hackman & Oldham, 1975). Studi più recenti (Wall, Jackson & Mullarkey, 1995) hanno rilevato che l'autonomia è multiforme riflettendo la capacità di controllare i tempi di lavoro (autonomia di programmazione del lavoro), la possibilità di controllare come il lavoro viene eseguito (ad esempio, l'autonomia nei metodi di lavoro) e la capacità di prendere decisioni sul posto di lavoro (autonomia decisionale). Delle numerose caratteristiche concernenti il compito, l'autonomia è probabilmente la più studiata e generalmente la più significativa.

I risultati della meta analisi di Humphrey, Nahrgang e Morgeson del 2007 hanno dimostrato che, in termini di risultati comportamentali, l'autonomia è stata correlata ad entrambe le valutazioni delle prestazioni: oggettiva e soggettiva, così come l'assenteismo. È stato dimostrato inoltre che riduce una serie di esiti di benessere, tra cui ansia, stress e *burnout*, oltre a ridurre gli esiti cognitivi, come ambiguità di ruolo e il conflitto di ruolo. Inoltre, l'autonomia è correlata ad una serie di esiti attitudinali, come ad esempio la soddisfazione sul lavoro, il *commitment* organizzativo e la motivazione interna al lavoro. La ricerca ha rilevato inoltre che sebbene le diverse dimensioni dell'autonomia siano in correlazione tra loro esse hanno un'unica validità predittiva.

La varietà del compito

E' la misura in cui i dipendenti sono tenuti ad eseguire una grande varietà di compiti sul lavoro. In sostanza, la varietà del compito rispecchia il concetto di ampliamento dell'attività secondo il quale il poter svolgere numerose attività sul lavoro lo rendono più interessante e gratificante (Sims, Szilagyi, & Keller, 1976).

Humphrey et al. nella loro meta analisi del 2007 hanno dimostrato che la varietà del compito è positivamente correlata alla soddisfazione sul lavoro, ai giudizi soggettivi sulla prestazione e alla percezione di sovraccarico di lavoro.

Data la sua relazione con il sovraccarico, è probabile che la varietà del compito abbia un impatto negativo sul benessere, in parte perché tale carico può spesso sopraffare gli individui.

Tra le caratteristiche del lavoro, però, la varietà del compito è stata poco indagata e quindi le evidenze empiriche sul suo impatto sugli esiti del lavoro sono al momento ancora scarse.

L'identità del compito

Si riferisce al grado in cui un lavoro richiede di completare un'intera parte di esso, i cui risultati siano facilmente riconoscibili (Sims et al., 1976).

Secondo la teoria delle caratteristiche del lavoro, essere in grado di iniziare e finire un lavoro (come ad esempio la costruzione di un prodotto o il completamento di un servizio) infonde orgoglio e tiene alta la motivazione del lavoratore (Hackman & Oldham, 1976).

Secondo la meta analisi di Humphrey et al. (2007) l'identità del compito è correlata alla motivazione dei lavoratori, all'impegno organizzativo, alla soddisfazione lavorativa e alla valutazione soggettiva delle prestazioni (ma non a quella oggettiva). E' relata inoltre a più bassi livelli di assenteismo, di conflitto di ruolo e di *burnout*.

Lo strumento di misurazione delle caratteristiche del lavoro

Lo strumento più completo per accertare le caratteristiche del lavoro è il *Work Design Questionnaire* (WDQ) di Morgeson e Humphrey (2006) costituito da 77 item che indagano in toto le 18 caratteristiche motivazionali, sociali e di contesto sopra descritte (Tabella 3.3).

Tabella 3.3 Numero item per caratteristiche del lavoro

Motivazionali	Sociali	Di contesto
Relative al compito <ul style="list-style-type: none"> ▪ autonomia (9 item) ▪ varietà del compito (4 item) ▪ significato del compito (4 item) ▪ identità del compito (4 item) ▪ feedback dal lavoro (3 item) Relative alle conoscenze <ul style="list-style-type: none"> ▪ complessità del lavoro (4 item) ▪ elaborazione delle informazioni (4 item) ▪ risoluzione di problemi (4 item) ▪ varietà delle abilità (4 item) ▪ specializzazione (4 item) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ supporto sociale (6 item) ▪ interdipendenza (6 item) ▪ interazione esterna all'organizzazione (4 item) ▪ feedback da altri (3 item) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ condizioni ergonomiche (3 item) ▪ richiesta di attività fisica (3 item) ▪ condizioni di lavoro (5 item) ▪ utilizzo di attrezzature (3 item)

Ad ogni item è associata una scala Likert a 5 punti che valuta il grado di accordo con l'item stesso (1= "per niente vero"; 2= "poco vero"; 3= "sufficientemente vero"; 4= "molto vero"; 5= "completamente vero").

Le caratteristiche del lavoro in ambito infermieristico

In ambito infermieristico gli studi sulle caratteristiche del lavoro sono stati effettuati soprattutto per descrivere quanto la soddisfazione lavorativa e quindi i fattori che la influenzano condizionino a sua volta l'intenzione a lasciare il lavoro o la professione; infatti per una gestione efficace del personale e per garantire un'assistenza ai pazienti di qualità è necessario conoscere il livello di soddisfazione lavorativa degli infermieri e le variabili che la influenzano.

Nessuno studio analizza la globalità delle caratteristiche del lavoro sopra citate bensì quelle considerate più significative per la professione infermieristica.

Nel 1996 Karunasena et al. hanno condotto uno studio per valutare l'effetto delle caratteristiche individuali e del lavoro sulla soddisfazione e sul *burnout* di 402 infermieri di comunità olandesi. Hanno individuato 5 caratteristiche che influenzano maggiormente la soddisfazione lavorativa: la possibilità di crescita professionale e di ottenere *feedback*, la chiarezza e la varietà del compito e il supporto percepito da parte dei superiori e dell'organizzazione, allo stesso tempo hanno riscontrato che l'autonomia professionale, la varietà e la significatività del compito riducono la probabilità di *burnout*.

I risultati riportati da Jansen et al. (1996) sono praticamente sovrapponibili a quelli ottenuti da Cortese nel 2007. Egli ha intervistato 64 infermieri di 3 ospedali del Nord Italia per determinare i fattori che portano alla soddisfazione o all'insoddisfazione per il proprio lavoro ed ha riscontrato che i contenuti del lavoro, il grado di responsabilità, di autonomia e di crescita professionale, le relazioni professionali e lo stile di *leadership* del Coordinatore influenzano fortemente la soddisfazione lavorativa degli infermieri.

Negli studi sugli ospedali magnetici sono stati rapportati i 14 punti di forza del magnetismo a esiti quali la soddisfazione, il *burnout* e la valutazione infermieristica della qualità dell'assistenza. Tra le caratteristiche che influenzano maggiormente la soddisfazione e la ritenzione del personale infermieristico vi sono la qualità della *leadership* infermieristica, la qualità dell'assistenza, il livello di autonomia e di sviluppo professionale e le relazioni interdisciplinari.

3.7.2 Soddisfazione lavorativa

In letteratura si riscontra un sostanziale accordo nel considerare la soddisfazione lavorativa come un atteggiamento. La definizione più diffusa è quella di Locke del 1976: *“Uno stato emotivo positivo o piacevole” (emozione) “risultante dalla percezione” (cognizione) “della propria attività lavorativa” (comportamento).*

Considerare la soddisfazione lavorativa come un atteggiamento significa, quindi, esaminarne tre componenti (emotiva, cognitiva e comportamentale). Non sono mancate interpretazioni che hanno attribuito maggior enfasi a un aspetto piuttosto che a un altro.

Brief e Weiss nel 2002 e Bono et al. nel 2001 sottolineano come gran parte dei modelli teorici abbiano enfatizzato la componente cognitiva trascurando quella emotiva.

Petty, Wegener e Fabrigar nel 1997 sono giunti a considerare la soddisfazione come un mero processo di valutazione.

Negli ultimi anni un crescente numero di ricercatori sta proponendo di sostituire la soddisfazione lavorativa con il costrutto più ampio di “benessere psicologico” (Avallone & Paplomatas, 2005; Wright & Cropanzano, 2004).

La soddisfazione lavorativa può essere intesa come un atteggiamento globale (soddisfazione generale o complessiva) oppure come una somma di atteggiamenti parziali (soddisfazione relativa a differenti aspetti dell'esperienza di lavoro in organizzazione).

Le ricerche sulla soddisfazione relativa scontano tuttavia una problematica particolarmente rilevante: non esiste alcuna classificazione dei contenuti (o “componenti”) della soddisfazione che abbia ottenuto pieno riconoscimento da parte della comunità scientifica.

Le ricerche sul campo si sono così avvalse di modelli estremamente differenziati in termini di numero e caratteristiche delle componenti ipotizzate.

Una meta analisi dei fattori presenti in 27 questionari di soddisfazione lavorativa compiuta da Van Saane, Sluiter, Verbeek e Frings-Dresen (2003) ha consentito di far confluire questi fattori in 11 aree tematiche che possono essere considerate rappresentative dei contenuti della soddisfazione, anche se finora non è stato proposto nessun ragionamento né sulla completezza di tale elenco, né sulla diversa influenza che ciascuna di queste aree esercita nel processo di costruzione del senso complessivo di soddisfazione (Tabella 3.4).

Tabella 3.4 Le 11 macro aree individuate da Van Saane, Sluiter, Verbeek e Frings-Dresen (2003)

Macro area	Contenuti
Contenuti del lavoro	varietà, complessità, sfida, ambiguità di ruolo, routine...
Autonomia	responsabilità, controllo, discrezionalità...
Crescita/Sviluppo	formazione, aggiornamento...
Riconoscimento economico	retribuzione, benefit...
Carriera	promozione, avanzamento di livello...
Supervisione	supporto da parte del capo, riconoscimento, equità del trattamento...
Comunicazione	feedback, opportunità di counseling...
Collaborazione	relazioni con i colleghi, adeguatezza dei collaboratori....
Significato	percezione del proprio lavoro, immagine dell'azienda...
Carico di lavoro	pressione, noia, problemi sociali, conflitti, stress.....
Richieste	Straordinario, complessità strutturale, senso di insicurezza

Nel contesto italiano, una ricerca di Cortese (2004) condotta su un campione di 2349 soggetti utilizzando un approccio quali-quantitativo (una prima fase di focus group finalizzati alla costruzione di un questionario validato nella seconda fase) ha consentito di individuare 8 principali contenuti della soddisfazione lavorativa in parte sovrapponibili con quelli presentati nella precedente tabella: compito e sviluppo, organizzazione e comunicazione, clima, contratto, immagine, contesto, valutazione e carico di lavoro.

Nonostante l'influenza di fattori di personalità, le caratteristiche dell'organizzazione e dell'attività di lavoro hanno un ruolo determinante nel far emergere un senso di soddisfazione lavorativa: il livello di soddisfazione percepita da uno stesso individuo può variare nel corso della vita professionale in funzione dei differenti contesti di lavoro (Tovey & Adams, 1999).

Risulta fondamentale disporre di adeguati strumenti di rilevazione della soddisfazione, in grado di offrire misure sia di tipo generale sia di tipo relativo. Moyle, Skinner, Rowe e Gork (2003) hanno affermato che, poiché l'esperienza di lavoro ha una molteplicità di componenti, gli individui "possono essere soddisfatti di un aspetto e allo stesso tempo essere insoddisfatti di un altro aspetto".

Le ricerche sul campo si avvalgono principalmente di strumenti quantitativi, ovvero di questionari, ma è importante ricordare come vi siano anche studi di tipo esplorativo che vengono realizzati a partire da un approccio qualitativo, tramite la conduzione di interviste e focus group, al fine di approfondire quali siano gli aspetti della relazione tra individui e organizzazione che influenzano maggiormente il senso di soddisfazione, e in qualche caso di arricchire il profilo di fattori che può emergere dalla somministrazione di un questionario.

Antecedenti della soddisfazione lavorativa

Possono essere classificati in due principali categorie: caratteristiche del lavoro e caratteristiche individuali (Tabella 3.5).

Tabella 3.5 Antecedenti della soddisfazione lavorativa (Argentero, Cortese , & Piccardo, 2009)

Caratteristiche del lavoro	Caratteristiche individuali
Teoria più diffusa: Hackman e Oldman (1975).	Arvey, Bouchard, Segal e Abraham (1989): studio condotto su coppie di gemelli che ha evidenziato come il 30% della varianza della soddisfazione lavorativa possa essere spiegato da fattori genetici.
Peters e O'Connor (1980): modello generale che individua 8 condizioni presenti nell'ambiente di lavoro chiamate costrittività organizzative, capaci di interferire con le prestazioni che risultano collegate alla soddisfazione lavorativa (es.: mancanza di informazioni, inadeguatezza degli strumenti, insufficienza delle risorse economiche, tempi troppo stretti). i lavoratori che percepiscono un alto livello di costrittività tendono anche a essere meno soddisfatti del loro lavoro.	Staw e Roos (1985): studio che ha accertato una certa stabilità del livello di soddisfazione anche quando le persone cambiano lavoro, portando gli autori a concludere che ci siano soggetti predisposti a sviluppare atteggiamenti positivi/negativi verso il lavoro.
<p>Jackson e Schuler (1985) e Spector, 1997 hanno indagato aspetti più specifici come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il ruolo. Sia l'ambiguità di ruolo (l'incertezza circa le proprie funzioni/responsabilità) sia il conflitto di ruolo (l'incompatibilità tra le differenti richieste che si ricevono) hanno evidenziato correlazioni negative con la soddisfazione lavorativa; - il controllo sul proprio lavoro. La percezione di libertà nel prendere decisioni sull'esecuzione e sull'organizzazione del proprio lavoro risulta correlata positivamente con la soddisfazione lavorativa; - gli orari. Mentre l'orario flessibile non sembra avere influenze sulla soddisfazione lavorativa, l'orario lungo (10-12 ore per 3-4 gg alla settimana) e il part-time si correlano positivamente; - il conflitto lavoro-famiglia. I dipendenti (in particolare i maschi) che esperiscono alti livelli di conflitto tendono a riportare bassi livelli di soddisfazione. 	<p>I tratti di personalità ritenuti maggiormente legati alla soddisfazione lavorativa sono il locus of control (considerato anche dal modello di Judge, Locke, Duahm, & Kluger, 1998) e l'affettività negativa (che in parte si sovrappone al pessimismo citato dallo stesso Judge).</p> <p>Più precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chi possiede un locus of control interno (ovvero si sente in grado di influenzare gli eventi che lo riguardano) esprime mediamente una più alta soddisfazione: secondo Spector (1997) questa relazione è mediata dalle buone prestazioni, che sono a loro volta legate a una maggiore soddisfazione indipendentemente dal locus of control; - chi sperimenta una più alta affettività negativa (ovvero prova emozioni spiacevoli, quali ansia e depressione, in differenti situazioni) esprime mediamente una soddisfazione più bassa, sia per cause dirette (la persona prova sentimenti meno positivi anche rispetto al lavoro) sia indirette (l'individuo compie scelte meno vantaggiose, ha meno successo e di conseguenza minore soddisfazione).
Non sono risultati correlati in modo significativo con la soddisfazione lavorativa aspetti quali l'ammontare della retribuzione, il carico di lavoro (i risultati delle ricerche hanno evidenziato correlazioni positive e negative) e il lavoro notturno (una correlazione negativa è stata riscontrata nelle situazioni in cui gli individui vengono assegnati a turni di notte esclusivamente per un periodo).	

Le conseguenze

Prestazione. È la prima conseguenza della soddisfazione lavorativa indagata sperimentalmente.

Comportamenti di ritiro

- Assenteismo: correlazioni modeste o assenti. Tharenou (1993): ha ipotizzato che quando le assenze sono controllate dall'individuo, ovvero volontarie, possono favorire la soddisfazione per il lavoro piuttosto che sfavorirla;
- turnover: l'ipotesi che interpreta il turnover come un risultato dell'insoddisfazione è stata confermata da molti studi empirici, anche longitudinali, che hanno consentito di confrontare la soddisfazione per il lavoro di coloro che, successivamente (anche molti anni dopo), hanno abbandonato l'organizzazione con la soddisfazione per il lavoro di coloro che sono rimasti al loro interno;
- intenzione di lasciare il lavoro: anche la correlazione tra soddisfazione per il lavoro e intenzione di lasciare il lavoro risulta elevata, in certi casi anche più di quella con il turnover reale.

Comportamenti di cittadinanza organizzativa (OCB)

La correlazione riscontrata è risultata modesta, sia per gli OCB a vantaggio degli individui, sia per gli OCB a vantaggio dell'organizzazione. Gli specifici aspetti di soddisfazione che si legano all'uno piuttosto che all'altro tipo di OCB sono differenti: la soddisfazione per le relazioni è più legata ai primi, la soddisfazione per le politiche di gestione è più legata ai secondi (Organ & Ryan, 1995).

Comportamenti controproducenti

Correlazione negativa con la soddisfazione lavorativa, anche se tale legame potrebbe essere alimentato dalla presenza di altre variabili. Per esempio: la percezione di scarso controllo sul proprio lavoro sembra in grado di ridurre la soddisfazione e favorire i comportamenti controproducenti (Spector, 1997).

Burnout, salute, benessere psicologico

Il burnout è uno stato emotivo che si manifesta come senso di esaurimento, depersonalizzazione e ridotta efficacia personale.

Lee e Ashforth nel 1993 hanno proposto un modello causale in base al quale i lavoratori non soddisfatti sono più probabilmente soggetti a *burnout*.

Palmore (1969) ha suggerito che l'insoddisfazione lavorativa determina una minor prospettiva di vita, riportando a sostegno di questa ipotesi molte correlazioni positive tra manifestazioni di malessere come il mal di testa e i problemi di stomaco, e insoddisfazione. Allo stesso modo la soddisfazione per il lavoro è risultata correlata positivamente con il benessere psicologico e negativamente con l'ansia e la depressione.

Personale infermieristico e soddisfazione lavorativa

Uno dei principali problemi che le organizzazioni sanitarie si trovano attualmente ad affrontare è rappresentato dalla carenza di personale infermieristico, che affligge non solo il nostro paese, ma è diffusa a livello globale.

Inoltre, come conseguenza del prossimo pensionamento di ampie coorti di infermieri, la carenza di personale infermieristico è attesa intensificarsi (Moyle, Skinner, Rowe, & Girk, 2003).

A causa di tale criticità le organizzazioni sanitarie sono sfidate a incrementare la loro attrattività sia nei confronti del personale infermieristico già in servizio, al fine di trattenerlo; sia nei confronti del personale infermieristico disponibile sul mercato del lavoro non occupato o in cerca di un'altra collocazione, al fine di disporre di una più ampia base di candidati tra i quali operare la selezione.

Nell'ultimo decennio sono stati condotti numerosi studi finalizzati a comprendere le ragioni dell'uscita volontaria del personale infermieristico delle organizzazioni sanitarie, individuare i gruppi a maggiore rischio e identificare esempi di buone pratiche in grado di contrastare il fenomeno: tra questi ha un'importanza di primo piano il progetto NEXT (*Nurses' Early Exit Study*), una ricerca di tipo longitudinale avviata nel 2002 in dieci paesi europei coinvolgendo un campione di 39.689 infermieri, di cui 5645 italiani (Hasselhorn, Tackenberg & Müller, 2003). Tali studi hanno consentito di individuare un insieme di variabili in grado di influenzare il turnover del personale infermieristico, tra le quali la soddisfazione lavorativa occupa un ruolo di primo piano.

L'*Health Care Advisory Board* considera la soddisfazione lavorativa il primo fattore causa del turnover nell'ambito della professione infermieristica: la probabilità che un infermiere cambi lavoro raddoppia quando il suo livello di soddisfazione passa da "*very satisfied*" a "*sowewhat satisfied*" (Knowaja, Merchand & Hirani, 2005).

Lo studio NEXT ha evidenziato come il livello di soddisfazione lavorativa e l'intenzione di abbandonare la professione infermieristica abbiano una correlazione negativa: tra i rispondenti che nell'ultimo anno non hanno mai pensato alla possibilità di abbandonare la loro professione il punteggio medio di soddisfazione è pari a 3.4 (su una scala da 1 a 4), mentre tra i rispondenti che hanno pensato a questa possibilità tutti i giorni il punteggio medio di soddisfazione è pari a 2.8.

Molte ricerche, soprattutto di tipo qualitativo, si sono dedicate all'individuazione e all'analisi di fattori che contribuiscono alla soddisfazione lavorativa del personale infermieristico.

Lo studio di Cortese (2007), realizzato intervistando 64 infermieri ha consentito di individuare 5 fattori di soddisfazione lavorativa (Tabella 3.6) e 4 fattori di insoddisfazione (Tabella 3.7).

Tabella 3.6 Fattori di soddisfazione lavorativa (Cortese, 2007)

Fattori di soddisfazione lavorativa	Contenuti del lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - prendersi cura dei pazienti e dei familiari - sensazione di fare la differenza - migliorare le condizioni cliniche dei pazienti - varietà del lavoro - opportunità di contribuire all'organizzazione del lavoro - svolgere il ruolo di tutor/mentore nei confronti di studenti/neo assunti
	Relazioni interprofessionali	<ul style="list-style-type: none"> - riconoscimento del proprio valore professionale, rispetto, fiducia dei colleghi - cooperazione, aiuto reciproco, supporto professionale - lavoro di team (<i>meeting, briefing, follow up</i>) - clima favorevole
	Grado di responsabilità, autonomia e crescita professionale	<ul style="list-style-type: none"> - responsabilità professionale - autonomia decisionale - opportunità di apprendimento sul campo - opportunità di apprendimento derivate dal cambio di lavoro o di compiti - partecipazione a studi o a pubblicazioni scientifiche
	Rapporto con i pazienti e i familiari	<ul style="list-style-type: none"> - riconoscimento, gratitudine, fiducia da parte dei pazienti e dei familiari - dialogo con i pazienti e i familiari
	Rapporto con i Coordinatori	<ul style="list-style-type: none"> - <i>feedback</i> sulla performance - supporto nei momenti di stress - attenzione ai bisogni individuali - sensazione di sentirsi difesi dal proprio Coordinatore, sia singolarmente che come gruppo

Tabella 3.7 Fattori di insoddisfazione lavorativa (Cortese, 2007)

Fattori di insoddisfazione lavorativa	Stile di leadership del Coordinatore	<ul style="list-style-type: none"> - mancanza di riconoscimento dei risultati lavorativi - comunicazione insufficiente, cattiva o lenta trasmissione delle informazioni - assenza durante i momenti difficili, mancanza di interesse per i problemi o di supporto per la loro risoluzione - indifferenza nei confronti dei bisogni personali - eccessive critiche per gli errori - mancanza di supporto per le critiche esterne - mancata gestione dei conflitti tra il team di lavoro
	Programmazione e organizzazione delle attività	<ul style="list-style-type: none"> - eccessivi carichi di lavoro, troppe responsabilità nello stesso tempo - spostamenti e lavoro straordinario - eccessiva velocità del lavoro, troppe emergenze - ruoli non chiari, conflitto di ruoli, pressione di un nuovo ruolo - difficoltà nel conciliare vita lavorativa e personale
	Rapporto con i medici	<ul style="list-style-type: none"> - mancanza di riconoscimento, sottovalutazione del ruolo - accuse, recriminazioni - mancanza di passaggio delle informazioni - trattamenti di bassa qualità, non rispetto dei protocolli
	Rapporto con i pazienti e i famigliari	<ul style="list-style-type: none"> - accuse ingiuste da parte dei pazienti e dei famigliari - non <i>compliance</i> alle terapie assegnate

I risultati ottenuti con ricerche di questo tipo possono consentire a coloro che operano nelle direzioni risorse umane dei contesti sanitari di mettere a punto azioni di intervento volte a sostenere e promuovere la soddisfazione lavorativa, indirizzate sia agli infermieri stessi (per esempio in termini di modalità di svolgimento delle attività), sia ai loro capi (per esempio in termini di competenze di guida e coordinamento del gruppo di lavoro) o dall'organizzazione nel suo complesso (per esempio in termini di ridefinizione degli orari di lavoro).

3.7.3 Qualità e adeguatezza della pratica clinica

Nel 2000 Ovretveit ha distinto tre tipi di qualità:

- organizzativa/ gestionale: uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste del cittadino-utente, all'interno di limiti e direttive stabilite;
- tecnico/professionale: giudizio dei professionisti sul servizio e su come questo soddisfa i bisogni dei cittadini-utenti;
- valutata dal cittadino-utente: attiene alle questioni dei cittadini sul servizio che viene loro fornito.

Le tre relazioni che ne risultano possono essere lette come altrettanti lati di un ipotetico triangolo della qualità.

La qualità erogata è frutto della interconnessione fra la qualità organizzativo/gestionale e quella tecnico/professionale; la qualità percepita è l'interconnessione tra la qualità professionale e la dimensione relazionale della qualità; la qualità sociale è il risultato dell'interconnessione fra la qualità progettata e quella attesa (Corposanto, 2006). Questi sintetici passaggi forniscono l'idea di come definire il concetto di qualità in sanità comporti notevoli complessità, anche in virtù del fatto che questo concetto possiede due differenti dimensioni: si ha l'esigenza di determinare la prospettiva attraverso la quale effettuare una valutazione di qualità (prima dimensione) e di definire alcuni opportuni parametri che possono essere variabili a seconda dei casi considerati (seconda dimensione). Il punto di vista mediante il quale si predispone la valutazione assume notevole importanza, perché al variare del soggetto che è deputato ad esprimere un giudizio di qualità, varieranno anche alcune variabili mediante le quali si realizza la valutazione (Corposanto, 2006). Quindi il punto di vista dell'utente porta ad una valutazione di determinati parametri che sono sostanzialmente diversi da quelli definiti dal punto di vista del medico e diversi ancora dal punto di vista dell'infermiere e così via.

Nelle aziende sanitarie oggi sempre più le attività di miglioramento s'intrecciano in maniera inestricabile con le strategie di gestione economica e contenimento dei costi, generando ibridi sistemi di valutazione che possono creare difficoltà di conduzione e conciliazione dei diversi aspetti se non confusione e scetticismo tra i professionisti (Corposanto, 2006).

Lohr et al. (1992) definiscono la qualità dell'assistenza come *“Il grado con cui i sistemi sanitari riescono ad aumentare a livello individuale e di popolazione la probabilità di ottenere gli esiti desiderati, in accordo con le migliori evidenze scientifiche”*: Una definizione che sottolinea la necessità di una valutazione multidimensionale della qualità in relazione anche agli esiti prodotti dai sistemi sanitari.

Il grado di soddisfazione degli infermieri è anch'esso collegato al concetto di qualità. Un generale clima di benessere porterà sicuramente gli infermieri a svolgere la propria professione con coinvolgimento e motivazione. La loro soddisfazione sarà lo specchio di una struttura al cui interno essi potranno manifestare la loro professionalità verso gli utenti e avere relazioni efficaci con colleghi e leader del team (Donabedian, 1990).

Culture diverse hanno diversi valori e priorità: per alcune “buona qualità” significa avere personale a disposizione per erogare servizi, per altre equità e umanizzazione, per altre ancora esiti clinici ottimali. La sfida per tutti è riconoscere questi valori come aspettative legittime e riconciliarle in un sistema sanitario responsivo ed equilibrato (Shaw, 2002).

La valutazione della qualità diventa così uno strumento per migliorare la propria professionalità perché solo il professionista che misura e confronta i risultati della propria pratica con quelli attesi, è in grado di riscontrare eventuali differenze identificandone le cause e ponendo le misure di miglioramento.

3.7.4 La collaborazione infermiere-medico

La collaborazione viene definita come un’interazione tra infermieri e medici che lavorano insieme allo scopo di affrontare problemi, risolvere conflitti, prendere decisioni (Boyle & Kochinda, 2004). E’ il lavorare insieme condividendo la responsabilità nell’assistenza, le informazioni, il coordinamento del lavoro e le decisioni su aspetti riguardanti l’assistenza.

Viene considerata un aspetto essenziale per garantire la qualità, la sicurezza e l’efficacia dell’assistenza (D’Amour et al., 2005). La mancanza di collaborazione è causa di insoddisfazione professionale e di demotivazione (Radcliffe & Salvage, 2000).

La relazione medici infermieri non è mai stata semplice: differenze di potere, status sociale, formazione, stipendio, concezioni stereotipate di genere hanno alternato momenti di pacifica convivenza a momenti dove la consapevolezza di nuove competenze e l’esistenza di riconoscimento di ruolo, portava al bisogno di emergere. Tutto ciò in concomitanza allo sviluppo di una nuova immagine della donna, personalizzazione storica dell’infermieristica (Brolis, Postal, & Povoli, 2006). La collaborazione medici infermieri, tuttavia, non è così semplice: di norma gli infermieri lamentano uno scarso interesse dei medici nella relazione interprofessionale. Dal loro punto di vista, i medici preferirebbero evitare interazioni e coinvolgimento di gruppo; non desiderano lavorare e comunicare in gruppo ed hanno una scarsa concezione dell’autorità infermieristica (Zwarestein & Bryant, 2000).

Diversi studi dimostrano che una buona collaborazione tra medici e infermieri aumenta la qualità della pratica clinica e migliora gli outcome dei pazienti (Matthews & Lankshear, 2003) ed è associata con alti livelli di soddisfazione lavorativa e bassi livelli di turnover degli infermieri (Lu, Barriball, Zhang, & While, 2012; Jansky, 2004). Può avere un effetto sulla durata della degenza ospedaliera, sui costi, sul numero di visite, sulle riammissioni in ospedale non pianificate, sull'adesione alle linee guida di trattamento, su incidenti e complicanze, su sopravvivenza e mortalità (Zwarestein & Bryant, 2000).

Una buona relazione lavorativa tra infermieri e medici è una delle caratteristiche degli ospedali magnet. Il rispetto delle competenze altrui e la preoccupazione di offrire cura e assistenza di qualità per i pazienti sono elementi chiave di un ambiente lavorativo che attrae e mantiene gli infermieri.

Uno studio che ha coinvolto 832 infermieri dimostra che gli infermieri con un alto livello di commitment affettivo individuale rispetto all'unità operativa hanno bassi livelli di intenzione di turnover; tale relazione è più forte se la collaborazione medico infermiere a livello di gruppo è buona (Galletta, Portoghese, Battistelli, & Leiter, 2012).

3.7.5 Supporto organizzativo

Il supporto organizzativo percepito (POS – *Perceived Organizational Support*) viene definito come la percezione da parte dei dipendenti di quanto l'organizzazione si dimostra attenta nel valutare e valorizzare sia i contributi ricevuti dai propri lavoratori che il loro stato di benessere (Eisenberger et al., 1986). Si sviluppa quando i dipendenti percepiscono di essere rispettati, apprezzati e ricompensati per il lavoro eseguito da parte dell'organizzazione e inoltre quando essa dà loro accesso alle informazioni, fornisce sostegno nelle situazioni stressanti e soddisfa i bisogni socioemotivi. Viene anche considerato un'assicurazione nel senso che, quando ce ne sarà bisogno, l'organizzazione fornirà aiuto per compiere efficacemente un lavoro e fornirà appoggio nel momento in cui si avrà a che fare con situazioni stressanti. Il POS trova la sua radice nella Norma di Reciprocità (Gouldner, 1960) e nella Teoria dello Scambio Sociale (Blau, 1964), secondo le quali vi è uno scambio “equo” tra l'organizzazione e i suoi membri laddove le parti percepiscono supporti e riconoscimenti in cambio di prestazioni efficaci (Shore & Wayne, 1993).

Alti livelli di POS caratterizzano un'organizzazione che s'interessa di soddisfare i bisogni dei suoi membri e che crea un ambiente di lavoro percepito come positivo e sicuro delle persone che ci lavorano (Eisenberger et al., 1986).

Antecedenti al POS

In linea con quanto sostengono Rhoades e Eisenberger (2002), uno dei modi in cui il lavoratore percepisce un trattamento favorevole da parte della sua organizzazione è il supporto del proprio superiore. In accordo con la teoria del supporto organizzativo lo sviluppo del POS è infatti incoraggiato dalla tendenza ad assegnare all'organizzazione caratteristiche umane attraverso un processo di personificazione dell'organizzazione stessa in base alle esperienze accumulate dagli individui dei sistemi di premiazione e punizioni che essi ricevono nel tempo da parte di figure rappresentative individuate nei loro diretti superiori.

La relazione del lavoratore con il suo superiore quindi è una delle più importanti all'interno delle organizzazioni, infatti, risulta essere tra gli antecedenti del POS il più studiato in letteratura.

Egli ha la responsabilità di delegare il lavoro ai suoi collaboratori, valuta la loro performance, prende decisioni per conto dell'organizzazione, mette a disposizione e utilizza risorse organizzative per il compimento di queste. Per questi motivi il lavoratore tende a percepire il suo superiore come rappresentativo dell'organizzazione.

Questo significa che la relazione che s'instaura tra il lavoratore ed il suo immediato superiore potrebbe giocare con molta probabilità un ruolo importante nell'influenzare la percezione di supporto organizzativo del lavoratore (Eisenberger et al., 1986; Wayne et al., 1997).

Diversi studi hanno dimostrato che i superiori possono influenzare significativamente la prestazione individuale, di gruppo e organizzativa (Judge, Piccolo & Ilies, 2004).

Le teorie sulla leadership si basano sul presupposto generale che i superiori influenzano la prestazione attraverso il loro impatto sugli individui e gruppi che contribuiscono al raggiungimento di più ampi obiettivi organizzativi.

Conseguenti

I conseguenti più studiati sono il commitment organizzativo, la prestazione lavorativa, i comportamenti di cittadinanza organizzativa e l'intenzione di turnover. Alti livelli di supporto organizzativo percepito creano nei lavoratori un senso di dovere nei confronti dell'organizzazione che ricambieranno con alti livelli di identificazione, commitment, elevate prestazioni lavorative, comportamenti positivi di cittadinanza e minore intenzione di turnover organizzativo (Settoon, Bennett & Liden, 1996). Il POS influenza il commitment affettivo (Battistelli, Mariani & Bellò, 2006), ha una forte relazione con il commitment continuativo (Shore & Tetrick, 1991) e con il commitment normativo (Battistelli et al., 2006). Studi hanno dimostrato l'esistenza di un effetto di mediazione, sia del commitment affettivo che normativo, dell'influenza del POS sull'intenzione di turnover (Maertz, Griffeth, Campbell & Allen, 2007). Se il lavoratore percepisce di essere supportato dall'organizzazione, si sente obbligato ad aiutarla, si sforzerà in maggior misura e ciò porterà a migliori prestazioni lavorative, avrà comportamenti di cittadinanza organizzativa, non prescritti dal ruolo o dalle norme dell'organizzazione, che si basano sulla fiducia e sul rispetto della norma di reciprocità (Battistelli & Mariani, 2011).

Tali comportamenti consistono nell'aiutare i propri colleghi e l'organizzazione, ad esempio offrendo suggerimenti costruttivi, proteggendo l'organizzazione dai rischi attraverso un'iniziativa etc.

Uno studio del 2007 di Maertz et al. ha dimostrato l'esistenza di un'interazione tra supporto del coordinatore e supporto organizzativo nell'influenzare le intenzioni di turnover. Alti livelli di *Leader Member Exchange* (LMX) derivano da una relazione supportiva tra superiore e collaboratore; il superiore affidando responsabilità e fiducia garantisce sostegno e supporto al collaboratore (Wayne, Shore & Liden, 1997). Se superiore e subordinato hanno tra loro un'elevata qualità di relazioni di scambio, quest'ultimo sentirà che la sua organizzazione contribuisce a soddisfare il suo bisogno motivazionale di inserimento relazionale e di conseguenza svilupperà la percezione che la sua organizzazione è attenta al suo benessere.

Le organizzazioni per ottenere dai loro dipendenti un'ottima prestazione e guadagnare così un vantaggio competitivo, devono quindi dimostrare un adeguato supporto che, come pratica di gestione delle risorse umane, può incoraggiare l'efficacia della prestazione lavorativa e il coinvolgimento verso l'organizzazione stessa.

L'organizzazione viene vista dalle persone come un'importante fonte di risorse socio-emotive come rispetto e cura, e benefici concreti come la retribuzione. Per questo motivo, essere altamente supportati dall'organizzazione soddisfa i bisogni di approvazione, stima e affiliazione dei lavoratori. Viceversa, una positiva valutazione da parte dell'organizzazione sull'operato degli individui fornisce anche un'indicazione dei crescenti sforzi compiuti da essi, i quali saranno notati e premiati. In questo modo, i lavoratori manifesteranno un maggiore interesse nell'andare incontro alle esigenze dei propri superiori, quindi nei riguardi dell'organizzazione stessa (Eisenberger, Jones, Aselage, & Sucharski, 2004).

Gli studi hanno dimostrato, infatti, che quando i lavoratori percepiscono di essere supportati dalla loro organizzazione tenderanno a contraccambiare tale supporto attraverso l'impegno in comportamenti vantaggiosi per l'organizzazione stessa (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986), come il perseguimento attivo degli obiettivi organizzativi, una riduzione dell'assenteismo e del turnover (Eisenberger et al., 1986) e un aumento dei comportamenti di cittadinanza organizzativa (Wayne, Shore, Bommer, & Tetrick, 2002). Ciò avviene perché il POS offre le basi per la fiducia nell'organizzazione nella convinzione che i sacrifici dei lavoratori verranno osservati e premiati.

Il Supporto Organizzativo in ambito infermieristico

Il Supporto Organizzativo Percepito in ambito infermieristico è stato spesso studiato come variabile che entra in gioco in fenomeni quali il turnover, il *burnout*, il *commitment* e la soddisfazione lavorativa.

Laschinger, Purdy, Cho e Almost (2006) hanno condotto uno studio per testare un modello derivato dalla teoria del Supporto Organizzativo Percepito su un campione di 202 Coordinatori di Unità Operativa canadesi con i seguenti risultati:

- la percezione positiva di supporto organizzativo è un importante fattore di reclutamento;

- i coordinatori sono figure fondamentali nel sostenere il personale infermieristico, creano le condizioni necessarie per ottimizzare la qualità di cura ai pazienti e consentono al gruppo di lavoro di lavorare nelle condizioni ottimali per perseguire gli obiettivi assistenziali;
- i coordinatori riportano ricompense e attenzioni sufficienti, così come alti livelli di autonomia;
- quando i coordinatori si sentono supportati dai loro superiori per il loro contributo agli obiettivi organizzativi, si traduce in risultati positivi per l'organizzazione.

Quindi in questo studio si deduce che un POS positivo diventa una strategia utile per i Coordinatori per sostenere il personale infermieristico. Questo garantisce una migliore qualità assistenziale e riduce il fenomeno del turnover degli infermieri e degli stessi Coordinatori.

Galletta, Portoghese, Penna, Battistelli e Saiani (2011) nel loro studio hanno rilevato che un livello di POS basso può determinare una minore soddisfazione del lavoro ed aumento dell'intenzione di turnover.

Inoltre alti livelli di LMX hanno un effetto positivo più forte sugli atteggiamenti degli infermieri nei confronti dell'organizzazione e dei pazienti (Tangirala, Green & Ramanujam, 2007). Da uno studio che ha coinvolto 224 infermieri si evince che il supporto organizzativo percepito è relato con i comportamenti di cittadinanza organizzativa (Pohl, Dal Santo, & Battistelli, 2012).

Altri studi (Tai, Bame, & Robinson, 1998) a sostegno di tali tesi mostrano, inoltre, come il supporto organizzativo si manifesta attraverso una direzione infermieristica che ascolta, aiuta e adotta politiche di coinvolgimento.

3.7.6 Intenzione di turnover

Il turnover viene definito come l'abbandono volontario o involontario dell'organizzazione (dimissione, sospensione, non idoneità fisica, morte) da parte dell'individuo.

Antecedenti al turnover

Le ricerche fino ad oggi condotte hanno cercato di comprendere i fattori antecedenti che spingono i lavoratori all'abbandono volontario della propria organizzazione, proponendo e testando una diversità di modelli del processo di turnover (Griffeth, Hom & Gaertner, 2000; Maertz & Campion, 1998).

I modelli di turnover, riconoscono l'importanza dell'intenzione di turnover nel predire il comportamento reale di abbandono, trovando che questo predice il comportamento di turnover meglio della soddisfazione lavorativa e del commitment organizzativo (Mobley, 1977).

Le intenzioni possono essere definite come degli atteggiamenti verso la messa in atto di un dato comportamento, e gli studi sul turnover hanno spesso realizzato dei modelli che considerassero tale aspetto come diretto antecedente del comportamento effettivo di turnover.

Alcuni studi hanno dimostrato che le variabili più frequentemente rilevate essere gli antecedenti dell'intenzione di turnover sono la percezione del supporto organizzativo (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986), le caratteristiche del lavoro (Garden, 1989), il commitment organizzativo (Bentein, Vandenberg, Vandenberghe, & Stinglhamber, 2005; Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky, 2002; Suliman & Iles, 2000), la motivazione al lavoro (Richer, Blanchard, & Vallerand, 2002) e la soddisfazione lavorativa (Freund, 2005).

Conseguenti al turnover

Sono diversi i fattori organizzativi che possono spingere un individuo a lasciare un posto di lavoro, ma ciò che più conta per le organizzazioni è evitare il turnover disfunzionale, cioè l'allontanamento dei lavoratori qualificati che invece le organizzazioni preferirebbero tenere. Infatti il turnover volontario, se eccessivo, può diventare un problema (Mobley, 1982) che mina dall'interno la struttura e la sopravvivenza stessa dell'organizzazione, intaccando quegli aspetti vitali quali produttività e performance (Hom & Kinichi, 2001), rallentandone la competitività, processo di cambiamento e innovazione.

La perdita economica, relativa al reclutamento, selezione, formazione di un nuovo lavoratore (Dalton, Todor, & Krackhardt, 1982) non è che un dato direttamente osservabile, ciò che invece diviene più complesso e pericoloso è la natura contagiosa del processo di turnover: inevitabile che la carenza di personale innesti una serie di dinamiche sociali connesse al lavoro, quali conflitti, stress, sovraccarico oltre ad una perdita di coesione e integrazione, che non fanno altro che alimentare il processo di abbandono volontario del proprio posto di lavoro (North, Rasmussen, Hughes, & Finlayson, 2005).

Alti livelli di turnover determinano un impatto negativo sia per l'organizzazione che per gli individui. Rispetto all'impatto negativo sugli stessi individui che abbandonano, si evidenzia una perdita di benefici connessi ad esempio all'anzianità di servizio e alle opportunità di carriera, secondo cui il lavoratore che lascia l'organizzazione è costretto a dover ricominciare tutto dall'inizio (Phillips & Connel, 2003); inoltre oltre alle difficoltà economiche legate al periodo di transizione, si può evidenziare la perdita di una rete sociale costruita nel tempo nell'ambiente di lavoro, per cui lasciare l'organizzazione significherebbe annullare contemporaneamente queste relazioni ed il loro vantaggioso supporto emotivo.

L'impatto negativo sull'organizzazione, invece, si evidenzia nei costi economico-finanziari che ne deriverebbero da tale perdita:

- la sopravvivenza stessa dell'organizzazione, in quanto trattenere personale competente e qualificato può determinare il successo organizzativo;
- una perdita di produttività e qualità in quanto un lavoratore che abbandona la propria organizzazione crea un rallentamento nel flusso di produzione (di servizi o di beni materiali) sia a livello individuale che a livello di gruppo al quale egli apparteneva, con ripercussioni ancora più gravi in termini di qualità se il bene prodotto dal lavoratore che ha lasciato è un servizio di assistenza sanitaria;
- la perdita di personale esperto può rappresentare una minaccia per l'organizzazione che può essere messa in condizione di non portare a termine un determinato lavoro a causa della perdita di un lavoratore in possesso delle abilità specifiche;
- la natura distruttiva del turnover si alimenta anche a causa del sovraccarico di lavoro a cui sono sottoposti i lavoratori rimasti nell'organizzazione. Tale sovraccarico può generare insoddisfazione che contribuisce a determinare un ulteriore flusso sempre più crescente di abbandono;

- elevati livelli di turnover possono determinare un'immagine negativa dell'organizzazione che contribuisce a renderla poco attrattiva sia all'interno che all'esterno.

L'intenzione di turnover in ambito infermieristico

La bassa soddisfazione al lavoro predice sia l'intenzione che il comportamento reale di turnover (Irvine & Evans, 1995). Tai, Bame e Robinson (1998) rilevano che gli antecedenti del turnover sono individuabili oltre che nella soddisfazione lavorativa, anche nel ridotto supporto organizzativo.

Vengono considerati antecedenti anche la ridotta percezione di competenza professionale, il ridotto commitment organizzativo e coinvolgimento lavorativo e la ridotta percezione di supporto organizzativo (Ambrosi, Portoghese, Galletta, Marchetti, Battistelli, & Saiani, 2011).

In uno studio del 2013 Cortese sottolinea che l'intenzione di turnover è considerata l'antecedente più diretto e immediato del turnover vero e proprio. Tra i diversi predittori ha un ruolo di primo piano la soddisfazione lavorativa (insoddisfazione per i contenuti delle attività svolte, il carico di lavoro, le possibilità di carriera, l'autonomia, le opportunità di apprendimento e le caratteristiche dell'ambiente fisico di lavoro). Gli infermieri più giovani e gli infermieri con contratto part-time esprimono una maggiore intenzione di turnover; spesso sono gli infermieri che percepiscono un più elevato conflitto lavoro-famiglia o lavoro-vita personale.

Gli infermieri che vivono un disequilibrio tra vita familiare e vita lavorativa si percepiranno meno soddisfatti per il lavoro che svolgono e avranno una maggiore intenzione di turnover (Portoghese, Battistelli, Saiani, & Galletta, 2009).

La letteratura sul turnover infermieristico, oltre a rilevare gli antecedenti del turnover ha messo in evidenza anche le conseguenze di un turnover elevato che ha tre differenti livelli di impatto sull'organizzazione ospedaliera (sugli infermieri che rimangono in servizio, sui pazienti ed economico). Il turnover influenza negativamente il benessere e la soddisfazione degli infermieri rimasti che si trovano a sostenere un maggior carico di lavoro (Baumann et al., 2001; Pallas, Thomson, Alksnis, & Bruce, 2001; Shamian & O'Brien-Pallas, 2001).

Questo sovraccarico di lavoro determina in chi rimane la percezione di un clima organizzativo sfavorevole che aumenta il rischio di burnout e di abbandono della professione. Inoltre, a livello di unità operativa, il turnover ha effetti negativi sul morale e sulla produttività degli infermieri che restano stabilmente a far parte dell'organico e che continuamente sono impegnati ad orientare ed addestrare i nuovi assunti (Ambrosi, Galletta, Portoghese, Battistelli, & Saiani, 2013).

Il turnover infermieristico elevato, impatta negativamente sulla capacità dell'organizzazione di soddisfare i bisogni dei pazienti e di fornire loro un'assistenza di qualità; ciò porta ad un aumento della probabilità di commettere errori e a un peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti a causa dell'aumento del numero di pazienti per ogni infermiere (O'Brien-Pallas et al., 2001; Shields & Ward, 2001).

E' stato dimostrato inoltre che ha anche un impatto economico per l'ospedale a causa della perdita di produttività e della necessità di nuovi investimenti su neo assunti per il reclutamento, la selezione e la formazione (Johnson & Buelow, 2003; Gray, Philloips, & Normand, 1996).

Cowden (2012) fa emergere l'importanza di comprendere le motivazioni che spingono gli infermieri a non lasciare il posto di lavoro; lo sviluppo di tali intenzioni faciliterà lo sviluppo di efficaci strategie per trattenere il personale.

Si ritiene importante un monitoraggio regolare dell'intenzione di turnover da parte della direzione risorse umane e dei coordinatori, in quanto la transizione dall'intenzione all'effettivo turnover si compie in un arco di tempo medio-lungo (Cortese, 2013).

3.7.7 Insicurezza lavorativa

I cambiamenti organizzativi determinano nelle persone un senso d'insicurezza, che ha valenze sia soggettive che oggettive per l'individuo. Dal punto di vista soggettivo, il concetto di *job insecurity* si riferisce a una generale preoccupazione circa l'esistenza futura del proprio lavoro (Rosenblatt & Ruvio, 1996), alla percezione di una potenziale minaccia alla continuità della propria attività professionale e alle aspettative personali di continuità in un setting lavorativo (Davy, 1997).

Sul piano oggettivo, l'insicurezza lavorativa si riferisce alla possibilità di perdita del proprio posto di lavoro, a un mercato del lavoro poco dinamico che non permette di operare facilmente delle transizioni di carriera, alla percezione di ridotta mobilità. Borg e Elizur (1992) distinguono tra insicurezza lavorativa cognitiva (espressa in termini probabilistici) e affettiva (espressa in termini emozionali ed irrazionali).

Sverke e Hellegren (2002) e Hellgren, Sverke e Isaksson (1999) sottolineano la differenza tra insicurezza lavorativa quantitativa (intesa come preoccupazione circa la perdita del proprio lavoro in sé) e qualitativa (preoccupazione per la perdita di aspetti importanti del proprio lavoro, per la perdita di qualità nella relazione di impiego del lavoratore, preoccupazione per il deterioramento delle condizioni lavorative, la demotivazione, la mancanza di opportunità di carriera, la riduzione del salario, per il fit individuo/azienda a lungo termine).

L'insicurezza lavorativa si riferisce alle reazioni negative da parte delle persone ai cambiamenti che investono il proprio lavoro (Sverke & Hellgren, 2002), in particolare al senso di impotenza nel mantenere la continuità in una situazione lavorativa che appare minacciata (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984). L'insicurezza è generata dalla percezione e dall'interpretazione del proprio ambiente lavorativo: in contrasto con la perdita del lavoro vera e propria, l'insicurezza deriva dall'anticipazione di questa come evento stressante e dalla percezione del rischio legato a tale situazione (Hartley, Jacobson, Klandermans, & van Vuuren, 1991; Greenhalgh & Rosenblatt, 1984).

Ciò non significa che un impiego a lungo termine non possa provocare insicurezza tout court e tantomeno che un impiego flessibile sia necessariamente causa d'insicurezza. A questo proposito, Hartley et al. (1991) definiscono la job insecurity come la discrepanza tra il livello di sicurezza esperito dal lavoratore e il livello che invece preferirebbe.

E' altamente probabile che l'insicurezza lavorativa si verifichi in situazioni lavorative nelle quali stanno per avviarsi processi di *downsizing* delle risorse (Gowing, Kraft, & Campbell Quick, 1998; Parker, Chmiel, & Wall, 1997; Heaney, Israel, & House 1994), sebbene possa investire anche posizioni apparentemente "non minacciabili" (Rosenblatt & Ruvio, 1996).

Greenhalgh e Rosenblatt (1984) propongono una definizione multidimensionale del costrutto, nella quale la *job insecurity* è vista come una combinazione di minacce al lavoro in sé, importanza complessiva del lavoro, minacce alle caratteristiche ritenute importanti del lavoro e senso di impotenza nel contrastare tali minacce.

Questa multidimensionalità risponde alla distinzione intrinseca al costrutto tra insicurezza per la continuità del lavoro e insicurezza per la continuità delle caratteristiche importanti del proprio lavoro: la definizione e misurazione della *job insecurity* non può infatti prescindere dalla preoccupazione per il deterioramento delle condizioni lavorative e delle possibilità di carriera, o focalizzarsi solo su un rischio imminente di perdita del lavoro (Roskies & Louis-Guerin, 1990; Ashford, Lee, & Bobko, 1989; Hartley & Klandermans, 1986; Greenhalgh & Rosenblatt, 1984).

La *job insecurity* ha un effetto deleterio per il benessere della persona e risulta direttamente proporzionale a una serie di disturbi fisici, distress psicologico e tendenza a sovrapporre il lavoro al tempo libero (Sverke & Hellgren, 2001; Mohr, 2000; De Witte, 1999).

Il senso di minaccia per il proprio lavoro ha effetti altrettanto negativi quanto quelli della perdita effettiva del lavoro (Dekker & Schaufeli, 1995; Latack & Dozier, 1986).

Il cambiamento da un ambiente lavorativo sicuro a uno percepito come insicuro può tradursi in un cambiamento negli atteggiamenti verso il lavoro e nei conseguenti comportamenti (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984), così come nella vitalità a lungo termine dell'organizzazione (Kozlowski, Chao, Smith, & Hedlund, 1993).

Coerentemente con ciò la *job insecurity* è stata osservata associata alla diminuzione della soddisfazione per il proprio lavoro (De Witte, 2005; Grunberg, Moore, & Greenberg, 1998; Rosenblatt & Ruvio, 1996) e all'aumento delle intenzioni di abbandonare l'organizzazione (Burke & Nelson, 1998; Dekker & Schaufeli, 1995; Brockner, 1988).

Rosenblatt, Talmud e Ruvio (1999) hanno mostrato come gli effetti dell'insicurezza lavorativa varino in funzione del genere: gli uomini avvertono un senso di minaccia sul versante economico e subiscono effetti negativi sul coinvolgimento organizzativo, la resistenza al cambiamento e l'intenzione di abbandono; le donne avvertono anche la perdita di importanti aspetti intrinseci della propria attività e subiscono effetti negativi anche per quanto riguarda la performance e il supporto organizzativo percepiti.

Va sottolineato inoltre che la maggior parte degli studi sulla *job insecurity* è di tipo cross-sectional, per cui è difficile poter dire qualcosa di certo sugli esiti a lungo termine dell'insicurezza (Sverke & Hellgren, 2002).

Se si considera che l'insicurezza lavorativa provoca effetti deleteri sul benessere dei lavoratori e sui loro atteggiamenti work-related (soddisfazione e intenzione al cambiamento), è necessario pensare a quali misure organizzative possono essere adottate per ridurre l'impatto della *job insecurity* (Sverke & Hellgren, 2002). Diversi studi hanno rilevato che trasmettere informazioni adeguate sui cambiamenti in fieri, migliorare la comunicazione e fornire un training per i lavoratori – sia relativo sia al reimpiego che al modo di affrontare lo stress creato dall'insicurezza – sono tutte strategie che riducono gli effetti negativi dell'insicurezza lavorativa (Kets de Vries & Balazs, 1997; Heaney, Israel, & House, 1994).

3.7.8 Commitment organizzativo

Nella letteratura si possono trovare diverse definizioni di *organizational commitment*, ognuna delle quali risulta da ricerche apparentemente svolte in autonomia (Summers, 1993). Lo studio di questo costrutto ha impiegato i ricercatori per quasi mezzo secolo e, ancora oggi, non si è giunti a condividere una definizione. Mowday, Steers e Poter (1982) hanno esaminato i vari approcci distinguendo tra quelli che considerano il commitment in termini di manifestazioni comportamentali (*Behavioral Commitment*) e quelli che lo analizzano in termini di atteggiamenti (*Attitudinal Commitment*). L'attenzione del mondo scientifico si è concentrato su questo ultimo aspetto, visto che l'atteggiamento lavorativo può comprendere fattori importanti come l'attaccamento al lavoro, la fedeltà all'azienda (Cohen, 1993), aspetti focali per la vita di un'organizzazione.

Mowday et al. (1979) considerano il commitment organizzativo “*uno stato d'identificazione dell'individuo con una particolare organizzazione; l'accettazione dei valori e degli obiettivi dell'organizzazione; l'impegno a raggiungere tali obiettivi e il desiderio di mantenere la propria membership all'interno dell'organizzazione*”. Si tratta quindi di un'attiva adesione alla vita lavorativa, che non può che giovare al clima e alla produttività dell'azienda.

De Cotiis e Summers (1987), a loro volta, propongono una definizione di *commitment* sottolineando due aspetti importanti: l'interiorizzazione degli obiettivi e dei valori dell'organizzazione e il coinvolgimento in un ruolo organizzativo contestuale a tali obiettivi e valori.

Il *commitment* organizzativo si configurerebbe, in altri termini, come quel processo mediante il quale gli interessi individuali si esplicano nel compimento di modelli di comportamento sociale ed organizzativo, che verrebbero assunti dagli individui, in quanto percepiti proprio come corrispondenti ai propri interessi ed ai propri bisogni.

Allen e Meyer (1990) si sono dedicati ad una rassegna attenta e critica sull'argomento declinando il *commitment* in tre dimensioni:

- *commitment affettivo* (attaccamento emozionale);
- *commitment normativo* (senso di obbligo morale nei confronti dell'organizzazione);
- *commitment continuativo* (relativo alla percezione delle conseguenze negative derivate dalla perdita del lavoro).

Le persone con un forte *commitment affettivo*, per esempio, rimangono con l'organizzazione perché lo desiderano, hanno piacere ad esserne membro. Esso concerne la dimensione emotiva del *commitment* organizzativo, pertinente all'identificazione dell'individuo con il proprio ruolo all'interno dell'organizzazione, ai suoi valori ed ai suoi fini. La letteratura in merito tripartisce gli antecedenti del *commitment* affettivo in caratteristiche dell'organizzazione, caratteristiche dell'individuo ed esperienze lavorative. Nel primo caso si tratta degli aspetti strutturali ed operativi del contesto aziendale; nel secondo caso le caratteristiche lavorative dell'individuo comprendono le caratteristiche attitudinali e demografiche e, infine, le esperienze lavorative riguardano il trascorso professionale dell'individuo ed i compiti svolti nel contingente.

Quando prevale questo tipo di *commitment* “gli individui restano nell'organizzazione perché lo vogliono” (Meyer & Allen, 1991).

Le persone con un forte *commitment* normativo sono quelle che si sentono obbligate a rimanere. Esso è definito come “*l'impulso percepito dall'individuo ad agire in modo da perseguire gli obiettivi e gli interessi dell'organizzazione, poiché egli ritiene che ciò sia la cosa giusta da fare da un punto di vista etico*” (Wiener, 1982).

In altre parole, l'impegno con il quale il lavoratore si prodiga oltre quanto prescritto dalla propria posizione professionale sarebbe allora lo specchio di un impegno morale, percepito come inalienabile e doveroso. In tal caso, gli antecedenti del fenomeno sono legati alla sfera delle pressioni sociali (aspettative del gruppo di riferimento, cultura organizzativa, ecc...), agli investimenti effettuati dall'organizzazione a favore dei propri dipendenti che ne esaltano gli obblighi morali ed etici e all'esistenza di un contratto psicologico tra individuo ed organizzazione, basato sull'insieme di norme tacite che si crede regolino una certa relazione. Quando prevale questo *commitment*, "gli individui restano nell'organizzazione perché si sentono obbligati".

Coloro che dimostrano, infine, un forte *commitment* di continuità sono le persone che ne hanno bisogno.

Infatti, il *commitment* continuativo, o di convenienza, come viene altrimenti definito, rappresenta la volontà di un individuo di permanere in un'organizzazione per i costi percepiti per l'uscita dalla stessa. I principali antecedenti di questo particolare legame sono stati individuati nella convinzione che il soggetto sviluppa circa l'assenza di alternative occupazionali fruibili o, piuttosto, nei costi non sostenibili delle alternative stesse.

Se prevale questo *commitment* "gli individui restano nell'organizzazione perché ne hanno bisogno".

Ogni persona può sperimentare le tre forme contemporaneamente, ma la predominanza di una sulle altre porta ad uno stato psicologico sostanzialmente diverso.

La natura delle relazioni organizzative, sia quelle tra dipendenti, sia quelle tra i singoli e l'azienda, è cambiata considerevolmente in questo periodo ed è fondamentale capire le ragioni alla base di questo cambiamento. Oggi come allora c'è la convinzione che il *commitment* svolga un ruolo fondamentale sia dal punto di vista dell'organizzazione sia da quello dei dipendenti.

Per i lavoratori che vivono l'organizzazione quotidianamente il *commitment* nei confronti del lavoro e dell'azienda rappresenta una relazione positiva che può potenzialmente aggiungere significato alla propria vita lavorativa, ad esempio incrementare il valore percepito della qualità del proprio lavoro; per l'organizzazione avere un elevato e diffuso *commitment* tra i dipendenti significa ottenere un plusvalore dato da *performance* più elevate e dalla riduzione del tasso di assenteismo.

Tra le conseguenze positive si potrebbero riscontrare la riduzione del tasso di assenteismo e di *turnover* volontario, l'incremento della *performance*, l'aumento del benessere del lavoratore e lo sviluppo di comportamenti di cittadinanza organizzativa discrezionali e non prescritti. Le conseguenze negative del *commitment* organizzativo riguardano invece aspetti prettamente legati allo sviluppo di un'obbedienza cieca e acritica dell'individuo verso la propria organizzazione, alla dedizione all'azienda, a scapito della dimensione familiare e relazionale del lavoratore e allo sviluppo di competenze poco flessibili.

Il *commitment* organizzativo non è la soluzione per ogni conflittualità intraorganizzativa, né, tantomeno, l'unico antecedente di comportamenti dannosi per il lavoratore e per il contesto sociale in cui l'individuo vive e l'organizzazione opera. Sembrerebbe quindi auspicabile un livello medio di *commitment* organizzativo, ovvero una sorta di tasso fisiologico di attaccamento all'organizzazione che induca benefici netti sia per il soggetto "*committed*", sia per l'impresa nella quale opera.

La descrizione del concetto di *commitment* fin qui proposta è la più conosciuta e quella su cui la letteratura in materia si è più a lungo soffermata.

Meyer, Becker e Vandenberghe (2004) hanno evidenziato l'importanza del ruolo del *commitment* come antecedente della motivazione. Hanno sviluppato un modello teorico integrativo dei due costrutti, i quali sono stati storicamente studiati sempre in modo separato, ma che per le loro analogie emerse attraverso gli studi presenti in letteratura, essi hanno ritenuto opportuno integrarle, affermando che il *commitment* può essere considerato come una delle forze energetiche che attivano il comportamento autodeterminato.

3.7.9 Aspettative di risultato del cambiamento

Vroom (1964) ha elaborato un modello matematico della teoria dell'aspettativa. Secondo Vroom, la forza di una tendenza a comportarsi in un determinato modo dipende dalla forza di un'aspettativa che l'individuo nutre nei confronti di una data conseguenza (o risultato) e del valore o attrattiva di tale conseguenza (o risultato) per chi compie l'atto. La motivazione si riassume nella decisione della quantità di sforzo da esercitare in una determinata situazione. Tale scelta si basa su una sequenza che può essere così sintetizzata: sforzo - prestazione e prestazione – risultato. Vroom suggerisce che la motivazione sia una funzione moltiplicativa di tre costrutti: aspettativa, strumentalità e valenza.

L'aspettativa è la convinzione della persona per cui un determinato livello di sforzo comporterà un certo livello di prestazione; la strumentalità è la percezione di consequenzialità tra prestazione e risultato; la valenza è l'importanza, il valore positivo o negativo che le persone assegnano ai risultati.

Il cambiamento organizzativo portando nuove condizioni può essere considerato una fonte d'incertezza. La riduzione dell'incertezza secondo Rogers (2003) è fortemente correlata con le informazioni che le persone ricevono rispetto alle conseguenze che il cambiamento può determinare (Berwick, 2003). Le aspettative di risultato sono state sempre considerate una condizione importante per aumentare la disponibilità e il *commitment* delle persone verso il cambiamento (Yuan & Woodman, 2007). Per ridurre significativamente l'ansia e l'incertezza e promuovere aspettative positive verso i risultati del cambiamento le organizzazioni devono fornire adeguate informazioni relative al cambiamento (Wanberg & Banas, 2000). L'informazione infatti può essere considerata la base per sviluppare aspettative e atteggiamenti (positivi e negativi) verso il cambiamento.

In uno studio eseguito su 395 infermieri di un ospedale pubblico italiano coinvolti in un processo di cambiamento (fase iniziale) Portoghese, Galletta, Battistelli, Saiani, Penna e Allegrini (2012) hanno studiato l'impatto delle aspettative sul *commitment to change* e la comunicazione relativa al cambiamento come mediatore tra la *leader-member exchange* e le aspettative. Dallo studio è emerso che le aspettative positive hanno un effetto diretto sul *commitment to change* affettivo, mentre le aspettative negative hanno un effetto diretto sul *commitment to change* continuativo. La *leader-member exchange* e la comunicazione influenzano le aspettative degli infermieri verso il cambiamento. La comunicazione media parzialmente la relazione tra la *leader-member exchange* e le aspettative.

3.7.10 Preoccupazioni

La teoria delle preoccupazioni è stata sviluppata nel 1979 da Hall, George e Rutherford presso l'Università di Austin in Texas. Il gruppo di ricercatori ha elaborato uno strumento per diagnosticare l'intensità delle preoccupazioni degli insegnanti in vista di un'innovazione (ad esempio un nuovo programma accademico).

Nel 1998 Bareil, ispirata dal lavoro eseguito da Hall e colleghi, ha elaborato il modello delle preoccupazioni nei processi di cambiamento nelle organizzazioni.

Uno dei primi lavori di ricerca Bareil lo ha realizzato per diagnosticare le preoccupazioni degli utenti durante l'implementazione di sistemi di gestione integrati in organizzazioni private.

In seguito a questa ricerca, Bareil e Savoie (2002) hanno definito un modello teorico denominato “*Fasi delle preoccupazioni*”. Questo approccio ha il vantaggio di diagnosticare l'esperienza dell'individuo e di conseguenza permette all'organizzazione di eseguire azioni mirate e personalizzate al momento opportuno.

La preoccupazione è un'ansia, un'inquietudine, un'attenzione, una necessità, un interesse e una condizione mentale che assorbe. Le preoccupazioni stimulate naturalmente devono essere risolte in modo da creare spazio per l'arrivo di preoccupazioni prossime, future.

E' normale essere preoccupati durante un periodo di cambiamento; tali preoccupazioni costituiscono alcune finestre di possibilità per i leader che desiderano accelerare l'adattamento al cambiamento dei loro lavoratori.

Fasi delle preoccupazioni durante il cambiamento

Ogni fase può essere diagnosticata e poi affrontata e gestita al fine di facilitare la transizione tra le fasi.

Fase 1: assenza di preoccupazioni per il cambiamento

In questa fase le persone non si sentono preoccupate per l'inizio del cambiamento. Continuano a svolgere le loro attività quotidiane, senza preoccuparsi o senza parlare del cambiamento che ci sarà nell'organizzazione e che li riguarderà.

Sono fondamentalmente indifferenti al cambiamento, non sembrano prendere sul serio la situazione e sono in attesa di vedere che cosa porterà il cambiamento. Durante questo periodo, i commenti tipici sono:

"Non riguarda me..."

"Vedremo quando succederà..."

"Comunque, non c'è niente che si possa fare al riguardo..."

"E' possibile che, alla fine, potrebbero non eseguire il cambiamento..."

"Il nostro team non sarà interessato, abbiamo già cambiato il processo di lavoro..."

Tale fase viene considerata da alcuni manager come una buona fase in quanto le persone continuano a lavorare come sempre.

Non è comunque considerata come una situazione ideale. I lavoratori fondamentalmente proteggono loro stessi e nel caso in cui venga offerto loro ad esempio un momento formativo, dato che si trovano in questa fase, essi esprimono disinteresse a partecipare o qualora partecipassero non saranno ricettivi come dovrebbero essere. Essi probabilmente si sentono come se stessero perdendo il loro tempo.

Immediatamente dopo aver ascoltato le informazioni relative al cambiamento le persone non hanno preoccupazioni, ma nei giorni a seguire iniziano a discutere in maniera informale sul cambiamento.

Fase 2: preoccupazioni focalizzate sul lavoratore

Quando l'apertura al cambiamento è favorita (da interventi mirati in fase 1), le persone inizieranno a contemplare l'impatto personale del cambiamento su se stessi (ad esempio i tagli di posti di lavoro, il carico di lavoro, la nuova sede lavorativa).

La cosa più importante, è a questo punto che si sentiranno come se stessero perdendo qualcosa a causa del cambiamento (perdita di una parte dello stipendio, di colleghi, del capo, della sede lavorativa, delle responsabilità, dello status, del livello di influenza, ...).

I lavoratori possono essere anche preoccupati per la necessità di acquisire nuove competenze, si sentiranno meno efficaci e apprezzati, in particolare, se fossero stati considerati finora come lavoratori esperti. Alcuni non si sentono più in grado di avere il controllo per il proprio lavoro. Solitamente i commenti in questa fase sono:

"Che ne sarà di me?..."

"Sono molto preoccupato..."

"Ho paura di perdere le mie condizioni di lavoro, i miei colleghi, il mio capo, il mio lavoro, ecc, "

"Non voglio correre rischi...sto inviando il mio curriculum da diverse parti..."

Questo periodo è cruciale, molto difficile da tollerare. Le persone si lamentano del cambiamento, manifestano paura e non sono molto collaborative.

Fase 3: preoccupazioni relative alla gravità del cambiamento

Durante questa fase, i lavoratori discutono l'impatto e le conseguenze del cambiamento sull'organizzazione in generale e sulla loro unità operativa.

In particolare discutono la legittimità del cambiamento e vogliono fare in modo che gli sforzi che devono fare per adattarsi al cambiamento vengano ricompensati. Sono anche preoccupati della capacità dell'organizzazione di adattarsi al cambiamento e discutono i benefici che il cambiamento può determinare a lungo termine. Tipici commenti durante questa fase sono:

"Il cambiamento verrà effettivamente realizzato?"

"Vi sono molti problemi dati dal cambiamento, mi chiedo se il manager prenderà la decisione di non eseguirlo o di bloccarlo lungo il percorso in modo tale da poter tornare a fare ciò che facevamo prima..."

"Siamo in grado di cambiare così radicalmente?"

Fase 4: preoccupazioni relative alla natura del cambiamento

In questa fase, i lavoratori sono più proattivi e chiedono maggiori e concrete informazioni relative al cambiamento e alle modalità di implementazione. Tipici commenti sono:

"Qual è il cambiamento?"

"Quando ha inizio la sua implementazione e come avviene?"

I lavoratori sono preoccupati per la qualità del processo di attuazione. Altri commenti:

"Mi può spiegare in cosa consiste il cambiamento?"

"Quali sono gli obiettivi che si possono raggiungere con il cambiamento?"

"Chi è responsabile dell'attuazione del cambiamento?"

"Siamo coinvolti direttamente?"

"Verranno prese in considerazione le nostre idee e i nostri pareri in merito?"

"Cosa viene fatto negli altri dipartimenti, nelle altre regioni?"

Fase 5: preoccupazioni relative alla propria capacità di cambiare

In questa fase, i lavoratori cercano di adattarsi al cambiamento e alle sue esigenze. Tuttavia, si sentono incompetenti nel loro nuovo ruolo in quanto hanno nuove responsabilità. Sono preoccupati di riuscire ad adattarsi al cambiamento. Chiedono aiuto attraverso il coaching e momenti formativi.

Inoltre, vogliono sapere quanto tempo hanno a disposizione per imparare le cose nuove da fare. Tipici commenti sono:

"Sarò in grado di ...?"

"Avrò abbastanza energia per affrontare il cambiamento?"

"Avrò abbastanza tempo per imparare ciò che mi serve?"

"Il mio capo capirà se sono meno efficiente del solito?"

"Posso chiedere il supporto di altre persone?"

Fase 6: preoccupazioni relative alla collaborazione

Alcuni lavoratori possono mostrare interesse a collaborare con gli altri. Sono ansiosi di condividere le loro opinioni e esperienze relative a come loro stessi e i loro colleghi si sono adattati al cambiamento. Tipici commenti sono:

"Vorrei incontrare altri professionisti provenienti da altre regioni per condividere insieme le nostre esperienze diverse"

"Dovremmo incontrarci più spesso....sono importanti i feedback che ci diamo..."

Non tutti i lavoratori raggiungono questa fase in quanto avviene quando in un'organizzazione vi sono lavoratori che hanno una forte volontà di essere coinvolti nel cambiamento.

Questa fase rappresenta anche una funzione della cultura organizzativa (promozione di miglioramenti, partecipazione nella presa decisionale).

Fase 7: preoccupazioni relative al miglioramento continuo dato dal cambiamento

Un piccolo numero di lavoratori desiderano altre sfide, vorrebbe migliorare i cambiamenti esistenti modificandoli. Essi propongono nuove applicazioni del cambiamento.

Mettono in discussione i metodi attuali e vorrebbero continuare a migliorare il cambiamento. Commenti tipici sono:

"Dovremmo provare che..."

"Che cosa potremmo fare per essere più efficaci?"

Questa fase può portare numerosi vantaggi all'organizzazione: i lavoratori possono cercare di apportare alcuni miglioramenti, in collaborazione con gli utenti, con i clienti e con le persone responsabili dello sviluppo del cambiamento.

Le persone che hanno raggiunto questa fase dovrebbero essere assunte per dirigere la successiva implementazione di un cambiamento.

Le preoccupazioni in ambito infermieristico

Bareil et al. (2007) nella loro ricerca hanno esplorato il livello di disagio vissuto da 321 dipendenti (di cui 73 Infermieri) di una struttura ospedaliera canadese, ove simultaneamente erano in corso tre modifiche organizzative: una riorganizzazione strutturale, una delocalizzazione del luogo di lavoro e un cambiamento/innovazione tecnologica.

I dati sono stati raccolti attraverso l'uso del questionario *Discomfort with change* (DWC) che va ad identificare il livello di preoccupazione dei soggetti al cambiamento.

Partendo dall'assunto che una preoccupazione include una componente affettiva (paura, ansia) e una componente cognitiva (gli oggetti specifici relativi al cambiamento) e che queste due componenti giocano un ruolo diverso a seconda dello stadio in cui si trova il processo di cambiamento (Oreg, 2006), i ricercatori hanno tentato di identificare il livello di preoccupazione dei soggetti coinvolti al cambiamento.

I risultati complessivi della ricerca di Bareil et al. (2007) indicano che ogni cambiamento crea un livello distinto di disagio in relazione alle modifiche organizzative e in riferimento alla categoria professionale di appartenenza. Tutti i gruppi professionali mostrano soprattutto un disagio situazionale rispetto a quello disposizionale, questo ultimo definito complessivamente moderato. Le preoccupazioni raccolte sono considerate moderate, questo può dipendere dal fatto che i cambiamenti sono stati ben pianificati, gestiti e che tutti e tre i cambiamenti hanno avuto luogo nello stesso anno.

In generale si afferma che alcuni individui si sentono a disagio e preoccupati nel processo di cambiamento più per la natura del cambiamento stesso, mentre altri sono guidati dalle loro predisposizioni. Nonostante la scarsità di studi sugli aspetti umani del cambiamento e la credenza popolare che gli individui hanno una disposizione innata a resistere al cambiamento, lo studio di Bareil et al. ha dimostrato che vi sono, infatti, due modelli di disagio legati al cambiamento. Uno generalizzato, situazionale, in base al quale il disagio al cambiamento varia a seconda del cambiamento stesso; e uno meno generalizzato, quello disposizionale, secondo cui il disagio per il cambiamento rimane stabile, indipendentemente dal cambiamento.

Secondo quest'ultimo modello, il livello di disagio può essere descritto come molto basso, basso, moderato o forte, ma è costante.

Josephson et al. (2008), in uno studio longitudinale che aveva come obiettivo quello di verificare quali fattori individuali, quali condizioni di lavoro ed eventuali problemi di salute portano ad una maggior probabilità di lasciare il posto di lavoro o aumentare l'assenteismo negli infermieri, hanno rilevato la necessità di valutare anche le conseguenze dei cambiamenti organizzativi.

I risultati presentati dagli autori sottolineano l'importanza di migliorare le condizioni di lavoro a sostegno della salute e al fine di prevenire *l'intention to leave* e l'elevata e prolungata assenza degli infermieri per malattia. Il luogo di lavoro è in grado di influenzare preoccupazioni, resistenze e scelte degli infermieri. A rischio sono quegli ambienti soggetti a cambiamenti organizzativi. Questo impone, secondo Josephson et al. (2008), la necessità di un'analisi delle strategie atte a migliorare le condizioni di lavoro per trattenere gli infermieri in previsione e durante i cambiamenti organizzativi. Pertanto, gli autori, evidenziano che lasciare il lavoro può essere interpretato come una strategia che gli infermieri adottano di fronte a determinate situazioni, quali ad esempio i cambiamenti organizzativi non supportati dalle direzioni manageriali.

Miyuki et al. (2006) suggeriscono la necessità di creare un ambiente dove gli infermieri possono, soprattutto in situazioni lavorative determinate da cambiamenti organizzativi, esprimere il loro parere e contribuire al sistema decisionale soprattutto in quelle situazioni che hanno una forte influenza sugli esiti del paziente.

Un approccio proposto dagli autori è quello di istituire momenti di discussione in gruppo, dove gli infermieri sono invitati a trattare le questioni concernenti le loro preoccupazioni lavorative.

Uno studio che ha coinvolto 435 infermieri di un ospedale durante un cambiamento organizzativo ha rilevato che le preoccupazioni relative al cambiamento sono negativamente relate al *commitment to change* affettivo e normativo e positivamente relate al *commitment to change* continuativo (Battistelli, Montani, Odoardi, Vandenberghe, & Picci, 2013).

3.7.11 Aiuto pratico

Si riferisce alle condizioni che si vorrebbero trovare per essere facilitati nell'adottare il nuovo sistema di lavoro, una sorta di necessità da soddisfare per mettere il personale nella condizione di essere accompagnato nel cambiamento in atto.

Un aiuto concreto come per esempio *comprensione rispetto a possibili errori nella fase iniziale, strumentazione subito funzionante e rispondente, maggiore disponibilità di tempo e spazi per condividere l'andamento del progetto, maggiore riconoscimento per gli sforzi fatti giorno per giorno, feedback più frequenti rispetto a dubbi e perplessità, maggiore attenzione alle richieste individuali, maggior coinvolgimento nelle decisioni, più occasioni di scambio con i colleghi, una spiegazione degli obiettivi a lungo termine del progetto.*

Come ogni risorsa, deve essere alimentata e costruita attraverso delle conferme: se un leader sa rassicurare i membri del gruppo sul buon esito di un cambiamento e dimostrare successivamente che tali risultati sono stati raggiunti, costruisce un capitale di fiducia tra sé e il gruppo che renderà più agevoli ulteriori cambiamenti (Quaglino, 1998).

L'aiuto pratico è considerato una garanzia necessaria per presidiare il cambiamento, specialmente in fase iniziale rispetto a possibili errori. Il dirigente infermieristico è fondamentale per il processo di cambiamento: deve permettere e facilitare l'andamento del progetto, e non semplicemente trasmettere e attuare la politica dall'alto, perché un simile atteggiamento tenderebbe a non garantire funzionalità.

3.7.12 Commitment al cambiamento

Il *commitment to change* è un *commitment* d'azione, nel senso che a differenza di altre forme di *commitment* che sono rivolte a entità relativamente statiche come i team o l'organizzazione il *commitment to change* solitamente riflette il livello di attaccamento di un lavoratore all'attuazione di nuove norme, politiche, tecnologie, di nuovi programmi e così via, che sono tutti processi dinamici (Neubert & Wu, 2009). I teorici considerano lo sviluppo del *commitment to change* anche come un processo dinamico. Nel 1992 Conner afferma che il *commitment to change* riflette l'interiorizzazione di un cambiamento di programma, un processo che comprende tre fasi. Inizia con la consapevolezza, continua con la comprensione e termina con l'accettazione della necessità di cambiamento.

Coatsee (1999) si basa su questo modello ed integra il concetto di *involvement* (definito come il prodotto delle informazioni, delle conoscenze relative al cambiamento, dell'*empowerment* e delle ricompense) e sottolinea l'importanza di avere obiettivi e valori congruenti. In altre parole il *commitment to change* riflette uno stato in cui i lavoratori sono a conoscenza di un cambiamento, hanno le capacità necessarie per attuarlo, hanno il potere di attuarlo, sono motivati a farlo da ricompense adeguate e condividono la visione del cambiamento. Così, mentre il modello di Conner è puramente psicologico, il modello di Coatsee comprende la consapevolezza del bisogno di cambiamento e la sua interazione con le capacità di cambiamento e con il contesto organizzativo (ricompense).

Inoltre, sottolineando l'importanza di condividere obiettivi e valori, Coatsee descrive esplicitamente le condizioni necessarie per l'accettazione del cambiamento e l'impegno del lavoratore; ciò risulta implicito nella teoria di Conner.

In aggiunta, Armenakis et al. (1993) e Armenakis e Harris (2009) hanno sviluppato un modello relativo ai fattori che motivano i lavoratori ad impegnarsi per il cambiamento.

Esso comprende la percezione del lavoratore:

- della discrepanza tra lo status quo e la situazione desiderata;
- di appropriatezza del cambiamento;
- dell'efficacia del cambiamento (il lavoratore e l'organizzazione possono implementare il cambiamento con successo?);
- del supporto del leader al cambiamento;
- dell'importanza del cambiamento.

Rispetto ai modelli di Coatsee e di Conner, il modello di Armenakis et al. chiarisce i fattori che determinano la consapevolezza della necessità di dover cambiare del lavoratore (discrepanza tra lo status quo e la situazione desiderata) e amplia il concetto di Coatsee di capacità inteso non solo come la capacità posseduta dal lavoratore ma anche come la valutazione della capacità dell'organizzazione da parte del lavoratore.

Il modello inoltre riconosce esplicitamente che gli sforzi dei leader possono influenzare il bisogno di cambiamento percepito dal lavoratore e quindi la volontà di impegnarsi per esso.

Infine, più recentemente, Herscovitch e Meyer (2002) sostengono che il *commitment to change* ha tre dimensioni:

- normativo (basato sull'obbligo);
- continuativo (basato sui costi);
- affettivo (basato sui sentimenti).

Il modello propone che obiettivi e valori congruenti o l'importanza del cambiamento percepita dal lavoratore determinano lo sviluppo di forme diverse di *commitment to change*: la percezione dell'importanza del cambiamento, gli sforzi sostenuti per supportare il cambiamento porteranno allo sviluppo di *commitment* continuativo, obiettivi e valori basati su sentimenti positivi verso il cambiamento produrranno *commitment* affettivo e quelli basati su un senso del dovere verso il cambiamento favoriranno il *commitment* normativo.

Il *commitment to change* riflette il tipo di attaccamento e coinvolgimento in una iniziativa di cambiamento che risulta dalla consapevolezza del cambiamento, da una combinazione di fattori motivanti, siano essi la congruenza degli obiettivi, l'affinità affettiva, o gli interessi personali e la capacità psico-fisica di lavorare per il cambiamento.

Questi modelli condividono anche alcune radici ideative. Il *commitment* normativo è basato sui concetti aristotelici di “*good name*” e “*good faith*”.

Il lavoratore si impegna per il cambiamento in quanto ritiene che impegnarsi fa parte del contratto di lavoro (implicito o esplicito) stipulato e quindi si sente in dovere di difendere il proprio lavoro.

Allo stesso modo, il *commitment* continuativo è in parte radicato nel concetto di “*face saving*”: il lavoratore si impegna per il cambiamento perché teme che altrimenti i colleghi potrebbero essere delusi di lui e soffrire per non riuscire a portare avanti il cambiamento. Un altro principio di base condiviso dal concetto di Armenakis e dal modello di Meyer e Allen è la riduzione della dissonanza: il lavoratore si impegna per un’iniziativa di cambiamento perché vi è attualmente una discrepanza tra lo status quo organizzativo e i suoi obiettivi e valori.

Infine, tutti i modelli condividono le stesse preoccupazioni in relazione ai risultati del *commitment to change*: alti livelli di *commitment to change* dovrebbero determinare comportamenti che sono di supporto allo sforzo eseguito.

3.7.13 Comportamento innovativo al lavoro

Per comportamento innovativo al lavoro si intende “*l’intenzionale generazione, introduzione, e applicazione di un’idea all’interno di un ruolo lavorativo, di un gruppo o di un’organizzazione, al fine di apportare benefici alla performance di ruolo, del gruppo o dell’organizzazione*” (Janssen, 2000). Secondo Kanter (1988) il comportamento innovativo, visto come un processo, può essere descritto in base alle diverse azioni che la persona mette in atto in tre fasi distinte:

- la generazione di idee (consiste nella produzione di nuove idee);
- la promozione di idee (la persona che ha generato l’idea si impegna nella sua divulgazione e nella ricerca di altre persone per promuoverla nell’organizzazione);
- la realizzazione di idee (consiste nell’implementare l’idea innovativa all’interno del proprio ruolo lavorativo, gruppo di lavoro o organizzazione).

Le fasi non sono necessariamente sequenziali in quanto può succedere che la persona metta in atto contemporaneamente una o più azioni (Scott & Bruce, 1994; Kanter, 1988).

La fase di generazione delle idee

I processi d’innovazione in un’organizzazione prendono vita dalla creatività di una persona (Amabile, 1983); in seguito la creatività individuale interagisce con la creatività di gruppo e con le caratteristiche organizzative.

Tale fase è caratterizzata dalla creazione di una nuova ed utile idea da parte della persona (Amabile, 1996) che può riguardare lo sviluppo di nuovi prodotti, servizi o processi a livello del proprio ruolo lavorativo (Farr & Ford, 1990; Amabile, 1988; Van de Ven, 1986). Il processo di generazione delle idee è spesso innescato dalla percezione di problemi, incongruenze e opportunità.

La fase di generazione delle idee è quella più fortemente caratterizzata dalla creatività, un suo elemento chiave è la combinazione e la ricombinazione delle informazioni e delle conoscenze preesistenti. La presenza di determinate caratteristiche individuali come la creatività e la proattività viene associata positivamente alla fase iniziale di generazione di idee. In particolare, la ricerca evidenzia che, a livello individuale, fattori legati al lavoro come l'autonomia, la sfida e la varietà di compiti, le competenze e le caratteristiche quali la *self efficacy* e la padronanza del problem solving siano positivamente legati al processo di generazione delle idee.

La fase di promozione delle idee

In questa fase la persona o il gruppo che ha generato l'idea si concentra nel farla conoscere e nel promuoverla all'interno del gruppo o dell'organizzazione, sottolineandone le caratteristiche positive ed evidenziandone l'utilità. Questa fase è caratterizzata da un'intensa attività sociale da parte dell'individuo volta a far conoscere l'idea e a cercare alleati per formare coalizioni che lo sostengano nella sua attività di promozione (Kanter, 1988). Un'idea, infatti, per quanto buona non necessariamente viene accettata dal gruppo o dall'organizzazione in base alle sue qualità intrinseche.

Le idee incontrano spesso delle resistenze da parte dei membri di un'organizzazione, in quanto le innovazioni sono associate a nuovi compiti o nuovi modi di fare le cose e quando un'idea viene proposta coloro che ne saranno coinvolti sono spinti a valutare come questa idea influenzerà il proprio modo di lavorare e la propria condizione lavorativa in generale, è ciò facilmente genera resistenza nei confronti del cambiamento che si vuole introdurre.

Idee estremamente innovative possono essere poco considerate proprio perché estremamente diverse rispetto al comune modo di interpretare e risolvere i problemi.

Le persone tendono a preferire tutto ciò che è loro familiare e a ritornare ai comportamenti abitudinari. Questa tendenza è un ostacolo ad ogni tipo di cambiamento sia a livello di presa in considerazione che di presa in carico del cambiamento.

L'individuo che intende promuovere un'idea cerca di trovare supporto e di costruire delle coalizioni in modo tale da persuadere e influenzare gli altri membri dell'organizzazione ad adottare una certa idea (King & Anderson, 2002; Van de Ven, 1986).

La fase di realizzazione delle idee

Corrisponde al momento in cui un individuo si fa carico della realizzazione dell'idea, o di un prototipo di essa, che può riguardare il ruolo lavorativo, il gruppo o l'intera organizzazione. La realizzazione di un'idea richiede numerosi sforzi per predisporre tutto ciò che è necessario per riuscire a trasformarla in realtà e ciò comporta la messa in atto di comportamenti quali sviluppare concretamente nuovi prodotti e processi lavorativi, testarli e modificarli (West & Farr, 1990; Kanter, 1988; Van de Ven, 1986). Per la realizzazione di semplici innovazioni può essere sufficiente l'impegno solo della singola persona che ha proposto l'idea, mentre per le innovazioni più complesse di solito è richiesto il coinvolgimento di gruppi di lavoro e la presenza di persone che occupano specifici ruoli lavorativi e possiedono specifiche conoscenze e competenze (Kanter, 1988).

Una caratteristica individuale che favorisce il comportamento innovativo è la *self-efficacy*, o senso di auto-efficacia della persona relativamente alle proprie capacità di produrre e di regolare gli eventi della propria vita; essa è associata alla percezione che il cambiamento possa essere implementato con successo in una data situazione. Un alto livello di *self-efficacy* porta l'individuo ad approcciarsi ai compiti con entusiasmo, con impegno per portare a termine i compiti e con persistenza nel cercare di superare gli ostacoli (Parker et al., 2006). Dato che l'innovazione può comportare sia incertezze per i risultati futuri che resistenze da parte degli altri membri del gruppo o dell'organizzazione, coloro che possiedono un basso livello di *self-efficacy* facilmente non si impegneranno nell'implementare delle innovazioni (Farr & Ford, 1990).

Le caratteristiche di gruppo e organizzative, quali fattori climatici di gruppo, progettazione di lavoro di gruppo, partecipazione nei processi decisionali e stile di leadership supportivo hanno un effetto preponderante sul processo di implementazione delle idee. Fattori di gruppo ed organizzativi possono quindi avere un'influenza maggiore sull'implementazione delle idee rispetto alle caratteristiche individuali (Picci & Battistelli, 2010).

I comportamenti che un individuo può mettere in atto nelle tre fasi descritte per essere considerati comportamenti innovativi è necessario che siano intenzionali e discrezionali, cioè, messi in atto senza un'esplicita richiesta da parte di qualcuno o dell'organizzazione, o che siano esplicitamente previsti dalla mansione.

I comportamenti innovativi sono comportamenti extra-ruolo, in quanto non sono comportamenti attesi in base alla descrizione formale del ruolo lavorativo, ma sono puramente discrezionali e non sono formalmente riconosciuti nel sistema di retribuzione, oltre a non essere soggetti a sanzioni qualora non fossero messi in atto dato che formalmente i lavoratori non stanno violando nessun esplicito contratto con l'organizzazione. Ciononostante, l'impegno da parte dei dipendenti in tali comportamenti può spesso portare beneficio all'organizzazione, al gruppo o alla singola persona. Il comportamento innovativo è legato alla componente motivazionale, specialmente alla motivazione intrinseca e al commitment affettivo, oltre ad altri fattori che possono favorire l'intenzione a mettere in atto un comportamento di questo tipo, quali ad esempio la giustizia organizzativa o il supporto organizzativo.

3.7.14 Proattività

La proattività è un costrutto che non ha una definizione unica o una singola teoria di riferimento, semmai esistono approcci diversi ed indipendenti tra loro (Crant, 2000). L'intento, infatti, è stato quello di fornire una spiegazione a specifici fenomeni organizzativi anziché fondare un quadro teorico condiviso (Grant & Ashford, 2008). Una prima visione integrata sulla proattività emerge in due campi di ricerca: quello sulla personalità proattiva di Bateman e Crant (1993) e quello sull'iniziativa personale di Frese e Fay (2001).

Dalla letteratura emergono le seguenti definizioni di proattività:

- prendere l'iniziativa nel migliorare le circostanze attuali o nel crearne delle nuove, provocare lo status quo piuttosto che adattarsi passivamente (Crant, 2000);
- agire di propria ispirazione, in direzione futura, con lo scopo di migliorare o cambiare se stessi o la situazione (Parker, Williams, & Turner, 2006);
- svolgere i compiti prima che siano richiesti, inventare nuovi modi di fare le cose, concludere in modo diverso dei compiti o dei processi (Grant & Ashford, 2008);
- agire anticipatamente e in modo autodiretto in un'organizzazione con l'obiettivo personale di portare avanti il cambiamento (ad esempio l'introduzione di un nuovo metodo di lavoro) e/o modificare se stessi come ad esempio apprendere nuove competenze per far fronte alle esigenze lavorative future (Parker & Collins, 2010).

Queste definizioni hanno tutte come comune denominatore l'attribuire al concetto una natura anticipatoria, intenzionale e costruttiva. Grant et al. (2008) evidenziano che la proattività è un processo piuttosto che un'unica serie di azioni e può manifestarsi sia all'interno che all'esterno dei confini del ruolo lavorativo. Parker e Collins (2010) hanno condotto degli studi dimostrando la potenzialità proattiva di tutti i tipi di azioni, siano esse in ruolo o extra ruolo.

Il comportamento proattivo al lavoro si distingue in:

- individuale, può essere definito come la misura dell'impegno delle persone a cambiare la loro situazione lavorativa, il loro ruolo lavorativo o loro stessi;
- di gruppo, è la misura in cui una persona si impegna a cambiare una situazione nel gruppo o a cambiare come il gruppo lavora;
- organizzativo, è considerato la misura dell'impegno delle persone a cambiare l'organizzazione o il modo di lavorare della stessa (Griffin, Neal, & Parker, 2007).

Antecedenti e outcome

Bindl e Parker (2011) hanno tracciato un modello del comportamento proattivo al lavoro identificando come antecedenti le differenze individuali (personalità, demografiche, conoscenze e competenze) e le differenze situazionali (job design, leadership e clima).

A sua volta, il comportamento proattivo ha dimostrato di influenzare outcome individuali (ad esempio la performance lavorativa, il benessere, l'identificazione, la carriera), a livello di gruppo (ad esempio l'efficacia e la performance lavorativa di gruppo) e a livello organizzativo (ad esempio la performance dell'organizzazione).

Alla base del comportamento proattivo vi sono dei processi motivazionali come la percezione della persona di essere, sentirsi proattiva, la sua volontà, il suo interesse di comportarsi in maniera proattiva (Parker et al., 2006). L'azione motivata può essere auto-determinata oppure controllata. Nella misura in cui è auto-determinata, è sperimentata come liberamente scelta ed emanata dal proprio sé, non compiuta sotto la pressione di un bisogno interno o di una forza esterna.

Esistono diversi tipi di motivazione che si differenzieranno proprio per il loro grado di auto-determinazione, cioè il sentimento di libertà che procura un dato comportamento.

Gli antecedenti

La personalità

Il concetto di personalità proattiva, nato con Bateman e Crant nel 1993, caratterizza quelle persone che non essendo costrette dagli eventi, decidono spontaneamente di agire per cambiare l'ambiente in cui operano. Questo aspetto della personalità distingue quindi le persone che sono sempre attive nella ricerca di nuove opportunità, orientate al cambiamento continuo degli obiettivi, pronte all'azione, anticipano e prevedono le problematiche, ricche d'iniziativa e di perseveranza nel raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Le persone passive non riescono a mostrare iniziativa e hanno meno probabilità di cogliere le opportunità di cambiare le cose. Come risultato, gli individui passivi hanno più probabilità di adattarsi e sopportare la situazione attuale piuttosto che determinare il cambiamento, il che riflette un orientamento all'ambiente circostante più reattivo che attivo.

Gli autori hanno sottolineato come le persone proattive, hanno indirettamente effetti positivi sugli individui, sul gruppo di lavoro e sull'organizzazione tutta, migliorandone, ad esempio, la performance.

Inoltre è stato dimostrato da differenti ricerche come la personalità proattiva, sia positivamente correlata con variabili quali l'estroversione, la coscienziosità, il bisogno di realizzazione, il bisogno di dominanza, e negativamente con il nevroticismo, il locus of control interno, l'abilità mentale (Crant, 1995, Bateman & Crant, 1993).

Numerosi sono gli studi che riportano la personalità proattiva come antecedente del comportamento proattivo (Bindl et al., 2011, Parker et al., 2010).

La coscienziosità intesa come l'affidabilità, la conformità, e la perseveranza è emersa in differenti studi come fattore positivamente correlato alla proattività.

Un'altra dimensione che è positivamente correlata con la proattività è l'apertura mentale, poiché è una dimensione che implica esplorazione di ambiti sconosciuti, ma anche tolleranza.

Le caratteristiche demografiche

Pochi studi hanno indagato in modo esplicito la relazione tra i fattori demografici e il comportamento proattivo al lavoro. Da tali studi emerge che l'età è correlata negativamente, per il genere i risultati invece risultano inconsistenti (Griffin et al., 2007).

Le conoscenze e le competenze

Gli studi indicano una relazione positiva significativa tra le conoscenze e le competenze relative al lavoro e il comportamento proattivo.

Frese e Fay (2001) hanno affermato che le persone per essere in grado di avere delle iniziative, hanno bisogno di conoscere bene e in modo approfondito il proprio lavoro, devono inoltre avere capacità e abilità pratiche. Ciò è confermato dalla meta analisi di Kanfer et al. del 2001.

Il comportamento proattivo può essere influenzato inoltre dal senso di autoefficacia, dall'orientamento al ruolo lavorativo (ad esempio dalla resilienza e dalla capacità di coping).

Job design

Gli studi sul job design suggeriscono che il comportamento proattivo può essere influenzato sia positivamente che negativamente dalle caratteristiche del lavoro. Ad esempio la pressione del tempo può essere un motivatore del comportamento proattivo nel breve periodo (Hobfoll, 2001) ma a lungo termine invece potrebbe esaurire le persone diminuendo il loro benessere e i comportamenti proattivi (Zapf, Dormann & Frese, 1996). Anche il senso di responsabilità può influenzare il comportamento proattivo (Grant & Ashford, 2008).

Leadership

Lo stile di leadership impattando sulla motivazione delle persone e sul clima lavorativo hanno un ruolo importante nell'influenzare il comportamento proattivo. La leadership partecipativa, che sottolinea il valore dei contributi dei collaboratori e il loro coinvolgimento nel processo decisionale è un predittore del comportamento proattivo al lavoro (Classifica et al., 2007).

Clima

Il comportamento proattivo è un comportamento interpersonale in quanto può influenzare il clima di lavoro e provocare reazioni ad altre persone. Risulta rilevante il modo in cui le persone percepiscono il loro clima di lavoro e la loro ricettività verso gli altri.

Gli individui che si sentono soddisfatti nel loro gruppo di lavoro (Lépine & Van Dyne, 1998) e che hanno una buona relazione di collaborazione sono più propensi e disponibili ad impegnarsi in comportamenti proattivi al lavoro (Ashford et al., 1998).

Analogamente le persone che si sentono supportate dai propri colleghi (Griffin et al., 2007; Kanfer et al., 2001), dal leader e dall'organizzazione (Ashford et al., 1998; Dutton et al., 1997) sono positivamente correlate con il comportamento proattivo al lavoro.

Gli outcome

Quando un ambiente lavorativo è molto insicuro le persone, i gruppi e le organizzazioni, per ottenere risultati efficaci, non devono solo reagire e adattarsi al cambiamento ma devono anticipare e agire sull'ambiente esterno in modo autodiretto (Aragona & Correa, 1998).

Il comportamento proattivo è sia concettualmente che empiricamente relato alla qualità della performance lavorativa (Griffin et al., 2007).

Grant, Parker e Collins (2009) hanno riportato che le persone proattive sono state valutate dai loro coordinatori per le loro performance lavorative più positivamente rispetto alle persone che non mettono in atto comportamenti proattivi. Allo stesso modo, i collaboratori che si sono impegnati a costruire network e hanno avuto iniziative personali sono stati valutati in modo migliore dai loro supervisori (Thompson, 2005).

Il comportamento proattivo viene ritenuto indispensabile nel difficile processo di passaggio dalla generazione di un'idea, atto creativo, alla realizzazione e implementazione della stessa attività d'innovazione (Frese & Fay, 2001).

La maggior parte degli studi ha preso in considerazione come outcome la qualità della performance lavorativa della singola persona, solo alcune ricerche hanno studiato la performance lavorativa di gruppo.

Kirkman e Rosen (1999) hanno riportato nel loro studio che il comportamento proattivo del gruppo era positivamente correlato con una valutazione positiva della performance da parte del supervisore, alla percezione della collaborazione tra colleghi, della soddisfazione lavorativa e del commitment organizzativo e del commitment di gruppo.

Frese e Fay (2001) hanno riportato che l'iniziativa personale predice le performance non solo a livello individuale ma anche a livello di gruppo e di organizzazione. Gli autori hanno sostenuto che l'iniziativa personale favorisce lo sviluppo individuale e contribuisce al successo organizzativo.

3.8 Modello della ricerca

La ricerca ha previsto la somministrazione di due questionari in tempi diversi: il primo (settembre 2011) prima di iniziare il progetto di riorganizzazione (tempo 1) e il secondo (maggio 2013) ad un anno e mezzo dall'avvio della riorganizzazione (tempo 2).

Le variabili misurate al tempo 1 e 2 sono riportate nella tabella 3.8.

Tabella 3.8 Variabili misurate a tempo 1 e 2

Variabili misurate a tempo 1 (settembre 2011)	Variabili misurate a tempo 2 (maggio 2013)
<ul style="list-style-type: none">• Caratteristiche del lavoro• Soddisfazione lavorativa• Qualità della pratica clinica• Relazione con il paziente• <i>Commitment</i> organizzativo• Supporto organizzativo• Qualità della comunicazione• Intenzione di turnover³• Insicurezza lavorativa• Aspettative• Preoccupazioni• Aiuto pratico• <i>Commitment to change</i>	<ul style="list-style-type: none">• Qualità della pratica clinica• Relazione con il paziente• Intenzione di turnover• Comportamento innovativo al lavoro• Proattività

Sono state formulate ipotesi relative alle variabili misurate al tempo 1 e ipotesi relative alle variabili misurate al tempo 1 e 2.

³ Variabile non inserita nel questionario somministrato ai medici

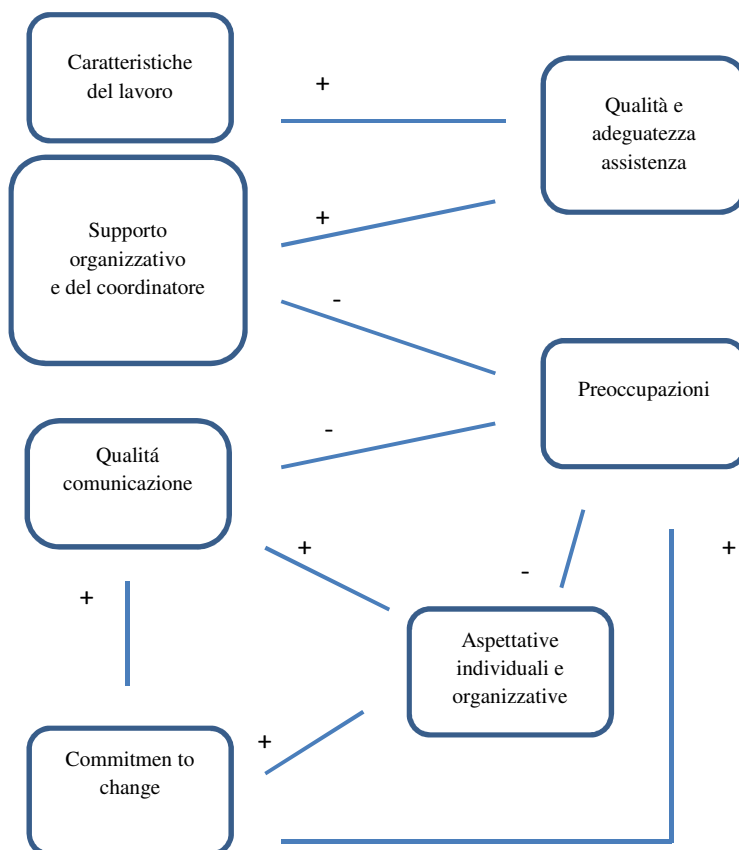
3.8.1 Ipotesi (tempo 1)

Ipotesi 1. Le caratteristiche del lavoro (autonomia, varietà e identità del compito), il supporto organizzativo e il supporto del coordinatore al cambiamento hanno una relazione positiva con la qualità e l'adeguatezza dell'assistenza.

Ipotesi 2. La qualità della comunicazione ha una relazione positiva con le aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi; le preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro) si relazionano con le stesse in maniera negativa.

Ipotesi 3. Il supporto organizzativo, il supporto del coordinatore al cambiamento e la qualità della comunicazione hanno una relazione negativa con le preoccupazioni sulle modalità di gestione del cambiamento adottate e le preoccupazioni per il futuro.

Ipotesi 4. La qualità della comunicazione, le aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi e le preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro) hanno una relazione positiva con il *commitment to change*.



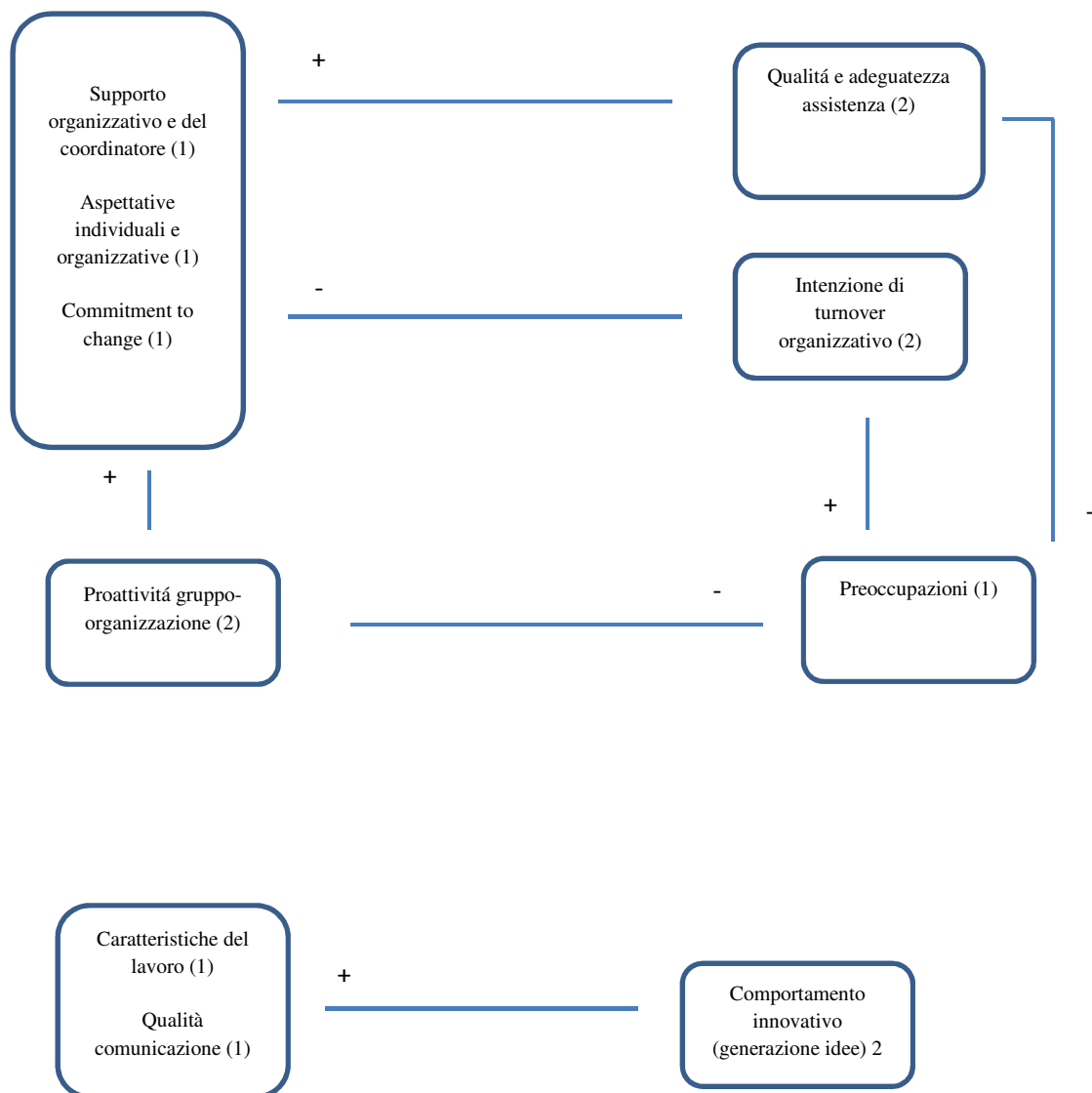
3.8.2.1 Ipotesi (tempo 1 e 2)

Ipotesi 5. Il supporto organizzativo, il supporto del coordinatore al cambiamento, le aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi, il commitment to change misurate al tempo 1 hanno una relazione positiva con la qualità e l'adeguatezza percepite dell'assistenza fornita misurata al tempo 2; le preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro) invece negativa.

Ipotesi 6. Le caratteristiche del lavoro (autonomia, varietà e identità del compito) e la qualità della comunicazione misurate al tempo 1 hanno una relazione positiva con il comportamento innovativo al lavoro nella dimensione della generazione delle idee.

Ipotesi 7. Il supporto organizzativo, il supporto del coordinatore al cambiamento, le aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi, il commitment to change misurate al tempo 1 hanno una relazione positiva con la proattività gruppo-organizzazione; le preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro) negativa.

Ipotesi 8. Il supporto organizzativo, il supporto del coordinatore al cambiamento, le aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi, il commitment to change misurate al tempo 1 hanno una relazione negativa con l'intenzione di turnover dall'organizzazione (misurata al tempo 2); le preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro) una relazione positiva.



3.9 Metodo

3.9.1 Disegno dello studio

Ricerca-azione con disegno longitudinale mixed method. Per raccogliere i dati sono stati utilizzati sia metodi quantitativi attraverso l'utilizzo di un questionario strutturato agli operatori sanitari e ai pazienti sia metodi qualitativi attraverso l'intervista semistrukturata, il focus group, l'osservazione sul campo.

La ricerca ha avuto una durata di 30 mesi (maggio 2011 - ottobre 2013). I dati sono stati rilevati all'inizio della riorganizzazione (tempo 1), durante il cambiamento attraverso l'utilizzo di un diario per monitorarlo e ad un anno e mezzo dalla riorganizzazione (tempo 2).

3.9.2 Questionari somministrati agli operatori sanitari

Nel mese di settembre 2011, prima di iniziare il progetto di riorganizzazione, come valutazione base di riferimento (tempo 1), è stato somministrato un questionario con lo scopo di indagare sulla percezione degli operatori sanitari (medici, infermieri, operatori sociosanitari) riguardante alcuni fattori psicosociali individuali e organizzativi.

Nel mese di maggio 2013, ad un anno e mezzo dall'avvio della riorganizzazione (tempo 2), è stato somministrato un secondo questionario agli operatori per valutare alcune conseguenze del cambiamento. Per garantire l'anonimato, ma per poter accoppiare i soggetti nei due tempi, l'operatore sanitario formulava, sulla base delle indicazioni fornite all'inizio del questionario un suo codice personale.

Il questionario si compone di una prima parte anagrafica-lavorativa costituita da domande riguardanti l'età, il genere, il titolo di studio e alcune informazioni sulle caratteristiche più specifiche della professione (tipo di contratto, tipo di orario, richiesta di trasferimento ad altra unità operativa/altro ospedale, numero di anni di lavoro etc.); e di una seconda parte composta dalle variabili oggetto di studio.

Le misure psicosociali, scelte dalla recente letteratura erano per la maggior parte tradotte e adattate/validate in lingua italiana in precedenti ricerche; alcune sono state costruite ad hoc per ottenere specifiche informazioni sulla qualità del lavoro della professione infermieristica.

3.9.2.1 Misure

Di seguito vengono riportate le misure studiate con un esempio di item per dimensione, i valori dell'Alpha di Cronbach ottenuti in studi precedenti e la scala utilizzata.

Le caratteristiche del lavoro

Lo strumento, già utilizzato nel contesto italiano (Karunasena et al., 1996) comprende 17 item su una scala di tipo Likert a cinque intervalli (da 1 “*per niente vero*” a 5 “*completamente vero*”) tratti dal *Work Design Questionnaire* di 24 item sviluppato da Morgeson e Humphrey nel 2006.

E' composta da tre dimensioni:

- l'autonomia (9 item) a sua volta suddivisa in tre sottodimensioni: l'autonomia nella programmazione del lavoro con Alpha di Cronbach .85 (esempio di item: *il mio lavoro mi permette di decidere personalmente come programmarlo*); l'autonomia nella scelta del metodo di lavoro con Alpha di Cronbach .88 (esempio di item: *il mio lavoro mi dà una considerevole possibilità di indipendenza e di libertà sul modo in cui faccio il lavoro*); l'autonomia nella presa di decisione con Alpha di Cronbach .85 (esempio di item: *il mio lavoro mi permette un'autonomia nel prendere decisioni*);
- la varietà del compito (4 item): Alpha di Cronbach .95 (esempio di item: *il mio lavoro richiede la prestazione di una ampia gamma di compiti*);
- l'identità del compito (4 item) Alpha di Cronbach .88 (esempio di item: *il mio lavoro mi permette di completare il lavoro che io inizio*).

La soddisfazione lavorativa

Viene valutata in maniera globale attraverso tre item su scala (1 “*per niente d'accordo*” 5 “*completamente d'accordo*”). Un esempio di item: *in generale amo lavorare qui*.

La qualità della pratica clinica

Per misurare complessivamente la qualità della pratica infermieristica quotidiana, sia a livello individuale, sia del reparto, è stata realizzata una scala di 12 item di cui alcuni costruiti ad hoc e altri tratti dal *Nursing Work Index Revised* (Aiken & Patrician, 2000). Alle persone è richiesto di esprimere la loro opinione utilizzando una scala di tipo Likert a 5 intervalli (da 1= “*per niente vero*” a 5= “*completamente vero*”). La scala è già stata utilizzata nel contesto italiano in un precedente studio (Ambrosi, Galletta, Portoghese, Battistelli, & Saiani, 2013). E’ costituita da tre dimensioni che misurano rispettivamente la percezione della:

- qualità dell’assistenza (4 item): Alpha di Cronbach .80 (esempio di item: *penso che la qualità dell’assistenza che offro ai miei pazienti sia adeguata alle loro necessità*);
- adeguatezza dell’assistenza (4 item): Alpha di Cronbach .80 (esempio di item: *ci sono abbastanza infermieri per provvedere ad un’assistenza qualificata dei pazienti*);
- collaborazione tra medici e infermieri (4 item): Alpha di Cronbach .76 (esempio di item: *nella giornata lavorativa ci sono momenti di scambio tra medici e infermieri per discutere i problemi dei pazienti*).

La relazione con il paziente

Per valutare la relazione con il paziente è stato utilizzato il seguente item: “*La relazione con il paziente mi dà molte soddisfazioni*” su scala 1 “*per niente vero*” 5 “*completamente vero*”.

Il commitment organizzativo

E’ stata utilizzata la versione italiana di Battistelli, Mariani e Belló (2006) basata sulla validazione italiana condotta da Pierro, Tanucci, Cavalieri e Ricca (1992) dell’*Organizational Commitment Questionnaire* sviluppato da Allen e Meyer (1990). Lo strumento è composto da 18 item suddivisi equamente sulle tre dimensioni del commitment:

- affettivo, legame con la propria organizzazione di tipo affettivo (6 item): Alpha di Cronbach .81 (esempio di item: *sono fiero di appartenere a questo reparto*);

- normativo, legame morale con la propria organizzazione (6 item): Alpha di Cronbach .83 (esempio di item: *tradirei la fiducia che mi hanno dato se lasciassi il mio reparto attuale*);
- continuativo, legame strumentale (6 item): Alpha di Cronbach .74 (esempio di item: *continuo a lavorare per questo reparto perché non penso che un altro potrebbe offrirmi gli stessi vantaggi*).

Ciascun item è valutato con una scala Likert a 5 punti (1 “*per niente vero*” 5 “*completamente vero*”).

Il supporto organizzativo

Per misurare il supporto organizzativo è stata utilizzata la versione italiana (Battistelli, Mariani, & Bellò, 2006) della scala di Eisenberger et al. (1986) “*Perceived Organizational Support*” (versione breve). Comprende due dimensioni:

- il supporto dell’organizzazione (4 item): Alpha di Cronbach .90 (esempio di item: *il mio reparto tiene in considerazione i miei obiettivi ed i miei valori*);
- il supporto del coordinatore al cambiamento (3 item): Alpha di Cronbach .94 (esempio di item: *il mio coordinatore supporta il personale nei processi di cambiamento*).

Ogni item è valutato con una scala Likert a 5 punti (da 1 “*per niente vero*” a 5 “*completamente vero*”).

Qualità della comunicazione

La qualità della comunicazione è stata misurata attraverso la scala di Parker, Axtell e Turner del 2001. La scala è già stata utilizzata nel contesto italiano in precedenti ricerche (Odoardi et al., 2008). E’ composta da 4 item ai quali si risponde esprimendo il proprio accordo/disaccordo su scala Likert a 5 intervalli (1 “*per niente d’accordo*” 5 “*completamente d’accordo*”). L’ Alpha di Cronbach è .87. Un esempio di item: *mi sono state spiegate le ragioni dei cambiamenti che interessano anche il mio lavoro*.

Intenzione di turnover

Le diverse intenzioni di turnover nell'arco temporale di un anno (altra unità operativa, altra organizzazione-ospedale-azienda, altra professione) sono state misurate attraverso tre item costruiti ad hoc su scala Likert a 5 punti (da 1 *“per niente vero”* a 5 *“completamente vero”*). In particolare è stata seguita come modello la scala di Hom, Griffeth e Sellaro del 1984 riguardante la variabile dell'*intention to leave*. Di seguito si riporta l'item predisposto rispetto alle diverse tipologie di intenzione di turnover:

- unità operativa *“Entro il prossimo anno ho intenzione di cambiare reparto”*;
- organizzazione-ospedale-azienda *“Entro il prossimo anno ho intenzione di andarmene da questo ospedale”*;
- professione *“Entro il prossimo anno ho intenzione di lasciare la professione”*.

Insicurezza lavorativa

Per valutare l'insicurezza lavorativa sono stati utilizzati sei item su scala (da 1 *“per niente”* a 5 *“moltissimo”*) relativi alla dimensione cognitiva della *Job Insecurity Questionnaire* di De Witte del 2000 (alpha di Cronbach .90). Esempio di item: *mi sento insicuro riguardo al contenuto che il mio lavoro avrà in futuro*. La scala è già stata utilizzata nel contesto italiano in precedenti ricerche (Chirumbolo & Areni, 2010).

Aspettative di risultato

E' stato utilizzato uno strumento di 14 item atti a rilevare le aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi su scala (da 1 *“per niente d'accordo”* a 5 *“completamente d'accordo”*).

Gli item, utilizzati nello studio di Portoghese, Galletta, Battistelli, Saiani, Penna e Allegrini (2011) sono basati su indicatori utilizzati in letteratura per misurare qualitativamente l'innovazione (Burningham & West, 1995; Bunce & West, 1994). Le aspettative si suddividono in due dimensioni:

- legate ai benefici individuali (8 item): Alpha di Cronbach .88 (esempio di item: *genererà cambiamenti positivi nelle mie normali attività di lavoro*);
- legate ai benefici organizzativi (6 item): Alpha di Cronbach .70 (esempio di item: *porterà ad un miglioramento del benessere sul lavoro per tutto il personale*).

Preoccupazioni

Lo strumento comprende 24 item su una scala (da 1 “per niente” a 5 “moltissimo”) fondati sul modello di Bareil (2004). Gli item misurano sei dimensioni delle preoccupazioni relative alla riorganizzazione, le prime tre sono già state utilizzate in precedenti ricerche (Battistelli, Montani, Odoardi, Vandenberghe, & Picci, 2013):

- preoccupazioni sul contenuto del cambiamento (5 item): Alpha di Cronbach .87. Un esempio di item: *mi preoccupa che mi vengano affidate nuove responsabilità*;
- preoccupazioni sulle modalità adottate di gestione del cambiamento (5 item): Alpha di Cronbach .84. Un esempio di item: *mi preoccupa di impegnarmi tanto per avere poco in cambio*;
- preoccupazioni sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento (4 item): Alpha di Cronbach .83. Un esempio di item: *mi preoccupa di non essere veramente in grado di affrontare i nuovi compiti*;
- preoccupazioni sulla propria capacità di padroneggiare il cambiamento (3 item): un esempio di item: *mi preoccupa di non comprendere gli obiettivi finali di questo cambiamento*;
- preoccupazioni di essere lasciato solo durante il cambiamento (4 item): un esempio di item: *mi preoccupa della mancanza di supporto da parte di colleghi e collaboratori*;
- preoccupazioni per il futuro (3 item): un esempio di item: *mi preoccupa che il cambiamento sia solo apparente*.

Aiuto pratico

Misura eventuali condizioni facilitanti la riorganizzazione come ad esempio: “nella fase iniziale comprensione rispetto a possibili errori, riconoscimento per gli sforzi fatti giorno per giorno”. Lo strumento comprende 9 item (su scala da 1 “per niente” a 5 “moltissimo”) costruiti sulla base di ricerche precedenti (Aiken & Patrician, 2000). L’Alpha di Cronbach è .84.

Commitment al cambiamento

Per misurare l'impegno degli operatori nel sostenere il cambiamento sono stati utilizzati 9 item (su scala da 1 "*per niente d'accordo*" a 5 "*completamente d'accordo*") della scala di Herscovitch e Meyer (2002) adattata in italiano da Battistelli, Montani, Odoardi, Vandenberghe, & Picci, 2013. L' Alpha di Cronbach è .81. Un esempio di item: *credo nel valore di questo cambiamento.*

Comportamento innovativo al lavoro

E' stata utilizzata la versione italiana della scala di Janssen del 2000 (Battistelli, Montani, & Odoardi, 2013) composta da 9 item suddivisi in tre dimensioni:

- generazione di idee (3 item): Alpha di Cronbach .86 (esempio di item: *negli ultimi sei mesi mi è capitato di generare nuove idee per risolvere questioni difficili*);
- promozione di idee (3 item): Alpha di Cronbach .88 (esempio di item: *negli ultimi sei mesi mi è capitato di ottenere l'approvazione degli altri per le idee innovative*);
- realizzazione di idee (3 item): Alpha di Cronbach .71 (esempio di item: *negli ultimi sei mesi mi è capitato di introdurre le nuove idee nell'ambiente di lavoro in modo sistematico*).

Ogni item è valutato con una scala Likert a 5 punti (da 1 "*mai*" a 5 "*sempre*").

Proattività

Lo strumento utilizzato è quello di Griffin, Neal e Parker (2007) comprende 9 item su scala Likert (da 1 "*per niente*" a 5 "*moltissimo*") volti a misurare il comportamento proattivo dell'individuo a tre livelli:

- individuale (3 item): Alpha di Cronbach .94 (esempio di item: *ho apportato dei cambiamenti al modo in cui svolgo le mie attività principali*);
- di gruppo (3 item) : Alpha di Cronbach .93 (esempio di item: *ho migliorato il modo di lavorare nel mio gruppo di lavoro*);
- organizzativo (3 item): Alpha di Cronbach .88 (esempio di item: *ho elaborato dei modi per migliorare l'efficienza del mio reparto*).

La scala è stata tradotta ed utilizzata in altri studi (Montani, Battistelli & Odoardi, in corso di stampa).

3.9.3 Campione

3.9.3.1 Caratteristiche del campione (tempo 1)

Hanno partecipato allo studio tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri e operatori sociosanitari) delle unità operative di chirurgia 1 e 2. Sono stati somministrati 90 questionari: 26 ai medici, 46 agli infermieri e 18 agli operatori sociosanitari.

La restituzione è stata pari all'82.2% (74): il 100% degli operatori sociosanitari (18), il 93.4% (43) degli infermieri e il 50% (13) dei medici. Tutti i questionari restituiti sono stati considerati validi.

L'età media degli operatori sanitari è di 39.49 anni (DS 10.42). Mediamente lavorano da 12.81 anni (DS 10.20) e da 10.23 anni (DS 9.73) nell'attuale unità operativa.

Il campione è stato suddiviso in tre classi di età (≤ 32 anni, 33-44 anni, ≥ 45 anni), tre classi di anzianità professionale (≤ 5 anni, 6-14 anni, ≥ 15 anni) e in tre classi di anzianità di servizio presso l'unità operativa attuale (≤ 3 anni, 4-15 anni, ≥ 16 anni).

I dati relativi alle caratteristiche demografiche e all'anzianità professionale degli operatori sanitari sono riportati nella tabella 3.9.

Tabella 3.9 Caratteristiche demografiche e anzianità professionale del campione

		<i>N</i> <i>tot</i>	<i>N</i>	%
Genere	Maschi	73	18	24.7
	Femmine		55	75.3
Età	≤ 32 anni	71	23	32.4
	33-44 anni		24	33.8
	≥ 45 anni		24	33.8
Anzianità professionale	≤ 5 anni	71	22	31.0
	6-14 anni		23	32.4
	≥ 15 anni		26	36.6
Anzianità di servizio attuale unità operativa	≤ 3 anni	71	26	36.6
	4-15 anni		27	38.0
	≥ 16 anni		18	25.4

Il campione si caratterizza per una prevalenza di personale femminile e giovane, infatti il 66.2% ha un'età inferiore o uguale a 44 anni. Il 36.6% del campione ha un'anzianità professionale uguale o superiore a 15 anni e il 38% lavora da 16 anni o più nell'attuale unità operativa.

Tra i 43 infermieri che hanno compilato il questionario il 41.9% (18) è in possesso del titolo di infermiere professionale conseguito con la precedente formazione regionale e il 58.1% (25) del Diploma Universitario o della Laurea in Scienze Infermieristiche.

Un infermiere ha conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, 3 infermieri hanno frequentato un master e 8 hanno intenzione di intraprendere in futuro percorsi di formazione post base.

La situazione lavorativa degli infermieri e degli operatori sociosanitari che hanno compilato il questionario è riportata nella tabella 3.10.

Tabella 3.10 Situazione lavorativa dei 61 infermieri e operatori sociosanitari

		<i>N</i>	<i>%</i>
Tipologia di contratto di lavoro	A tempo pieno	49	80.3
	Part-time	12	19.7
Orario attuale	Turnista con notte	39	63.9
	Turnista con due turni (mattino – pomeriggio)	19	31.1
	A giornata	3	4.9
Numero rientri in servizio giugno – agosto 2011	1-3 volte	54	88.5
	4-6 volte	6	9.8
	≥ 7	1	1.6

L'80.3% degli infermieri e operatori sociosanitari lavora a tempo pieno, il 63.9% come turnista con notte. L'88.5% dichiara di essere rientrato in servizio dai riposi programmati da 1 a 3 volte nel periodo giugno-agosto 2011.

Il 23% degli infermieri e operatori sociosanitari (14) ha presentato domanda di trasferimento di reparto; il 18% degli infermieri e operatori sociosanitari (11) ha presentato domanda di trasferimento d'ospedale. Le motivazioni sono elencate nella tabella 3.11.

Tabella 3.11 Motivazioni domanda di trasferimento dal reparto e dall'ospedale

<i>Motivazioni domanda trasferimento</i>	<i>N reparto</i>	<i>N ospedale</i>
Cambio tipologia orario	6	6
Cambio tipologia paziente	1	1
Cambio per rapporti difficili con equipe di lavoro	2	1
Carico lavoro eccessivo	2	1
Per fare esperienze nuove e progredire professionalmente	7	2
Per avvicinamento alla residenza	0	4

3.9.3.2 Caratteristiche del campione (tempo 2)

Il questionario è stato somministrato a tutti gli 89 operatori sanitari presenti (26 medici, 46 infermieri e 17 operatori sociosanitari) delle unità operative di chirurgia 1 e 2. La restituzione è stata pari al 64% (57): il 76,5% degli operatori sociosanitari (13), il 76,1% degli infermieri (35) e il 34,6% dei medici (9). Tutti i questionari restituiti sono stati considerati validi.

L'età media degli operatori sanitari è di 40.23 anni (DS 9.82). Mediamente lavorano da 14.07 anni (DS 9.60) e da 9.63 anni (DS 8.40) nell'attuale unità operativa.

Il campione è stato suddiviso in tre classi di età (≤ 32 anni, 33-44 anni, ≥ 45 anni), tre classi di anzianità professionale (≤ 5 anni, 6-14 anni, ≥ 15 anni) e in tre classi di anzianità di servizio presso l'unità operativa attuale (≤ 3 anni, 4-15 anni, ≥ 16 anni).

I dati sulle caratteristiche demografiche e all'anzianità professionale degli operatori sanitari sono riportati nella tabella 3.12.

Tabella 3.12 Caratteristiche demografiche e anzianità professionale del campione

		<i>N tot</i>	<i>N</i>	%
Genere	Maschi	57	14	24.6
	Femmine		43	75.4
Età per classi	≤ 32 aa	56	15	26.8
	33-44 aa		20	35.7
	≥ 45 aa		21	37.5
Anzianità professionale per classi	≤ 5 aa	56	12	21.4
	6-14 aa		18	32.1
	≥ 15 aa		26	46.4
Anzianità di servizio attuale unità operativa per classi	≤ 3 aa	56	19	33.9
	4-15 aa		26	46.4
	≥ 16 aa		11	19.6

Il campione al tempo 2 è lo stesso campione del tempo 1; tuttavia ne vengono presentati i dati in quanto il numero totale dei rispondenti è differente.

Il campione si caratterizza per una prevalenza di personale femminile e giovane, infatti il 62.5% ha un'età inferiore o uguale a 44 anni. Il 46.4% del campione ha un'anzianità professionale uguale o superiore a 15 anni e il 19.6% lavora da 16 anni o più nell'attuale unità operativa.

Tra i 35 infermieri che hanno compilato il questionario il 45.7% (16) è in possesso del titolo di infermiere professionale conseguito con la precedente formazione regionale e il 54.3% (19) del Diploma Universitario o della Laurea in Scienze Infermieristiche.

Un infermiere ha conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, 2 infermieri hanno frequentato un master, 2 lo stanno frequentando attualmente e 4 hanno intenzione di intraprendere in futuro percorsi di formazione post base.

La situazione lavorativa degli infermieri e degli operatori sociosanitari che hanno compilato il questionario è riportata nella tabella 3.13.

Tabella 3.13 Situazione lavorativa dei 61 infermieri e operatori sociosanitari

	<i>N tot</i>		<i>N.</i>	<i>%</i>
Tipologia di contratto di lavoro	48	A tempo pieno	41	85.4
		Part-time	7	14.6
Orario attuale	48	Turnista con notte	28	58.3
		Turnista con due turni (mattino – pomeriggio)	14	29.2
		A giornata	6	12.5
Numero rientri in servizio febbraio – aprile 2013	47	1-3 volte	45	95.7
		4-6 volte	2	4.3
		≥ 7	/	/

L'85.4% degli infermieri e operatori sociosanitari lavora a tempo pieno, il 58.3% come turnista con notte. Il 95.7% dichiara di essere rientrato in servizio dai riposi programmati da 1 a 3 volte nel periodo febbraio-aprile 2013.

Il 18.8% degli infermieri e operatori sociosanitari (9) ha presentato domanda di trasferimento di reparto; il 16.7% degli infermieri e operatori sociosanitari (8) ha presentato domanda di trasferimento d'ospedale. Le motivazioni sono elencate nella tabella 3.14.

Tabella 3.14 Motivazioni domanda di trasferimento dal reparto e dall'ospedale

<i>Motivazioni domanda trasferimento</i>	<i>N. reparto</i>	<i>N. ospedale</i>
Cambio tipologia orario	6	5
Cambio tipologia paziente	2	/
Carico lavoro eccessivo	1	1
Per avvicinamento alla residenza	/	2

Di seguito viene presentato il numero di risorse umane presenti ad agosto 2013 all'interno delle unità operative. sede della ricerca, divise per profili professionali (Tabella 3.15).

Rispetto all'U.O. di gastroenterologia si riporta solo il personale medico, che risponde sia al servizio di gastroenterologia ed endoscopia digestiva che alla degenza; l'assistenza viene garantita dall'equipe assistenziale della U.O. chirurgia 2.

Tabella 3.15 Numero risorse umane presenti agosto 2013

Figure professionali	U.O. CHIRURGIA 1	U.O. CHIRURGIA 2	U.O. GASTRO ENTEROLOGIA
Direttore di U.O.	1	1	1
Dirigente medico	8	8	9
Coordinatore infermieristico	1	1	
Infermiere	26	26	
Operatore Socio Sanitario	9	8	

Rispetto alle risorse presenti a settembre 2011 sono presenti 5 infermieri in più, un medico e 2 OSS in meno.

I minuti medi di assistenza giornaliera per paziente non si differenziano dai dati raccolti nel 2011.

3.10 Risultati prima rilevazione (Tempo 1)

3.10.1 Analisi descrittive e Anova

Nella prima fase di analisi dei dati sono stati calcolati i valori medi e la deviazione standard di tutte le variabili dello studio e l'alpha di Cronbach come indice di coerenza interna della scala.

Al fine di individuare differenze statisticamente significative nei diversi sottogruppi del campione sono state condotte delle analisi della varianza (Anova) con test Scheffé come post hoc, per anzianità professionale e anzianità di unità operativa. Di seguito si riportano solo i dati statisticamente significativi (livello di significatività $p < .05$).

Le caratteristiche del lavoro

Tabella 3.16 Le caratteristiche del lavoro (n. 74)

Dimensioni variabile	Media	DS	Alpha di Cronbach
Autonomia nella programmazione del lavoro	2.73	.83	.75
Autonomia nella scelta del metodo di lavoro	3.28	.75	.81
Autonomia nella presa di decisione	3.00	.84	.87
Varietà del compito	3.99	.76	.91
Identità del compito	3.11	.85	.86

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

Rispetto alle caratteristiche del proprio lavoro gli operatori sanitari percepiscono di avere soprattutto la varietà nelle attività che eseguono, la possibilità di decidere come svolgere il proprio lavoro e di poterlo completare. Ritengono di avere un livello medio di autonomia che possono esprimere nella presa decisionale e nella programmazione del proprio lavoro.

Caratteristiche del lavoro e anzianità professionale

Tabella 3.17 Anova per anzianità professionale

Dimensioni variabile	Anzianità professionale (71)						Anova	
	≤ 5 aa (22)		6-14 aa (23)		≥ 15 aa (26)		F	Sig.
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Autonomia nella scelta del metodo di lavoro	3.09	.60	3.13	.73	3.60	.67	4.402	.016
Autonomia nella presa di decisione	2.69	.82	2.89	.80	3.32	.66	4.211	.019

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

Attraverso il test di Scheffé si è notato che per ambedue le dimensioni della variabile vi è una differenza statisticamente significativa tra la classe di anzianità professionale ≤ 5 anni e ≥ 15 anni.

Caratteristiche del lavoro e anzianità di unità operativa

Tabella 3.18 Anova per anzianità di unità operativa

Dimensioni variabile	Anzianità di unità operativa attuale (71)						Anova	
	≤ 3 aa (26)		4-15 aa (27)		≥ 16 aa (18)		F	Sig.
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Autonomia nella scelta del metodo di lavoro	3.02	.66	3.34	.66	3.59	.70	3.852	.026
Autonomia nella presa di decisione	2.74	.87	2.98	.71	3.35	.70	3.286	.043

La percezione di autonomia nella presa di decisione e nella scelta del metodo di lavoro aumenta in modo statisticamente significativo sia con l'aumentare degli anni di esperienza professionale sia con l'aumentare degli anni di esperienza nella stessa unità operativa.

Gli operatori sanitari che lavorano da almeno 15 anni percepiscono mediamente più autonomia.

Nelle due dimensioni della variabile il test di Scheffé mostra una differenza statisticamente significativa tra la classe di anzianità di unità operativa ≤ 3 anni e ≥ 16 anni.

La soddisfazione lavorativa

Tabella 3.19 La soddisfazione lavorativa (74)

<i>Su una scala da 1 "per niente d'accordo" a 5 "completamente d'accordo"</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>
Soddisfazione lavorativa	2.87	.69

La soddisfazione lavorativa intesa globalmente si attesta su un livello medio.

La qualità della pratica clinica

Tabella 3.20 La qualità della pratica clinica (74)

Dimensioni variabile	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Alpha di Cronbach</i>
Qualità dell'assistenza	2.78	.40	.76
Adeguatezza dell'assistenza	2.38	.74	.79
Collaborazione	2.72	.85	.84

Su una scala da 1 "per niente vero" a 5 "completamente vero"

Gli operatori sanitari percepiscono un livello di qualità e adeguatezza dell'assistenza fornita ai pazienti sufficiente/medio. L'organizzazione non permette sempre agli operatori sanitari di avere un tempo sufficiente per stare con il paziente, la qualità dell'assistenza che viene fornita non è sempre adeguata alle necessità dei pazienti.

Il livello di soddisfazione per i rapporti di collaborazione tra figure professionali diverse è medio/basso.

Nella giornata lavorativa mancano momenti di scambio tra medici e infermieri per discutere i problemi dei pazienti, non sempre le opinioni e i suggerimenti degli infermieri su un problema del paziente vengono presi in considerazione.

La relazione con il paziente

Tabella 3.21 La relazione con il paziente (74)

<i>Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>
Relazione con il paziente	4.05	.79

Gli operatori sanitari percepiscono di avere una buona relazione con i pazienti che dà loro molte soddisfazioni.

Il commitment organizzativo

Tabella 3.22 Il commitment organizzativo (74)

Dimensioni variabile	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Alpha di Cronbach</i>
Commitment affettivo	3.09	.81	.81
Commitment continuativo	2.18	.73	.75
Commitment normativo	2.15	.77	.80

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

Gli operatori sanitari si sentono emotivamente attaccati all'unità operativa, fieri di appartenere allo stesso in maniera sufficiente e tendono a rimanere nell'unità operativa perché lo desiderano. Il livello di coinvolgimento normativo e continuativo invece è abbastanza modesto. Questo indica che gli operatori hanno un coinvolgimento affettivo prevalente, non si sentono moralmente obbligati né restano per mancanza di opportunità o alternative diverse.

Commitment organizzativo e anzianità di unità operativa

Tabella 3.23 Anova per anzianità di unità operativa

Dimensioni variabile	Anzianità di unità operativa attuale (71)						Anova	
	≤ 3 aa (26)		4-15 aa (27)		≥ 16 aa (18)		F	Sig.
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Commitment continuativo	1.93	.66	2.12	.53	2.50	.89	3.618	.032

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

Coloro che lavorano da più di 16 anni nella unità operativa esprimono un più alto coinvolgimento continuativo. Questo potrebbe indicare un coinvolgimento dettato dalla percezione di mancanza di alternative o da un elevato sacrificio a lasciare la propria unità. Il test di Scheffé mostra una differenza statisticamente significativa tra la classe di anzianità di unità operativa ≤ 3 anni e ≥ 16 anni.

Il supporto organizzativo

Tabella 3.24 Il supporto organizzativo percepito

Dimensioni variabile	Media	DS	Alpha di Cronbach
Dell'organizzazione (74)	2.69	.81	.86
Del coordinatore al cambiamento (73)	3.76	.83	.74

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

In media gli operatori sanitari percepiscono un supporto sufficiente da parte dell'organizzazione rispetto alla creazione di condizioni di lavoro favorevoli e nel cogliere i bisogni personali. Il supporto del coordinatore al cambiamento invece viene percepito come buono.

La qualità della comunicazione

Tabella 3.25 La qualità della comunicazione (74)

<i>Su una scala da 1 “per niente d'accordo” a 5 “completamente d'accordo”</i>	Media	DS	Alpha di Cronbach
Qualità della comunicazione	2.54	.88	.89

Gli operatori sanitari riferiscono di non aver ricevuto abbastanza informazioni rispetto alle ragioni della riorganizzazione dell'assistenza e come questa influenzi il loro lavoro. Inoltre, emerge una scarsa opportunità di comunicare il loro punto di vista all'interno del contesto organizzativo.

L'intenzione di turnover entro il prossimo anno

Tabella 3.26 L'intenzione di turnover (60)

Tipo	Media	DS
Reparto	2.08	1.29
Organizzazione	1.55	1.01
Professione	1.25	.89

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

In media gli operatori sanitari riferiscono una bassa intenzione di lasciare il reparto, l'organizzazione e la professione. Il valore più elevato si riscontra nell'intenzione di turnover dal reparto.

Intenzione di turnover e anzianità di unità operativa

Tabella 3.27 Anova per anzianità di unità operativa

Dimensioni variabile	Anzianità di unità operativa attuale (59)						Anova	
	≤ 3 aa (25)		4-15 aa (23)		≥ 16 aa (11)		F	Sig.
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Reparto	1.92	1.22	2.57	1.47	1.45	.68	3.287	.045

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

L'intenzione di lasciare il reparto risulta maggiore negli operatori sanitari che lavorano da 4 a 15 anni nell'attuale unità operativa. Il dato risulta statisticamente significativo.

L'insicurezza lavorativa

Tabella 3.28 L'insicurezza lavorativa (73)

<i>Su una scala da 1 “per niente” a 5 “moltissimo”</i>	Media	DS	Alpha di Cronbach
Insicurezza lavorativa	1.95	.53	.66

In media gli operatori sanitari percepiscono poca insicurezza lavorativa, temono poco che il loro carico di lavoro cambi in futuro e sono poco spaventati dall'idea di dover lavorare con colleghi diversi.

Le aspettative

Tabella 3.29 Le aspettative (60)

Dimensioni variabile	Media	DS	Alpha di Cronbach
Legate ai benefici individuali	2.98	.77	.87
Legate ai benefici organizzativi	2.86	.95	.93

Su una scala da 1 “per niente d’accordo” a 5 “completamente d’accordo”

Gli operatori sanitari sembrano non avere in generale aspettative elevate rispetto ai benefici che la riorganizzazione dell’assistenza porterà sia a livello personale (crescita professionale, utilità per lo svolgimento del proprio lavoro) sia a livello organizzativo (miglioramento della collaborazione tra le unità operative chirurgiche, miglioramento del benessere lavorativo).

Aspettative e anzianità professionale

Tabella 3.30 Anova per anzianità professionale

Dimensioni variabile	Anzianità professionale (71)						Anova	
	≤ 5 aa (22)		6-14 aa (23)		≥ 15 aa (26)		F	Sig.
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Legate ai benefici individuali	3.34	.79	2.92	.69	2.71	.54	5.296	.007

Su una scala da 1 “per niente d’accordo” a 5 “completamente d’accordo”

Le aspettative diminuiscono con l’aumentare dell’anzianità professionale. Il dato risulta statisticamente significativo.

Il test di Scheffé mostra una differenza statisticamente significativa tra la classe di anzianità professionale ≤ 5 anni e ≥ 15 anni.

Le preoccupazioni

Tabella 3.31 Le preoccupazioni (74)

Dimensioni variabile	Media	DS	Alpha di Cronbach
sul contenuto del cambiamento	1.71	.57	.76
sulle modalità di gestione del cambiamento adottate	2.49	.86	.85
sul padroneggiare il cambiamento	2.36	.90	.88
sulla propria capacità nell’affrontare il cambiamento	1.69	.63	.80
di essere lasciato solo durante il cambiamento	2.31	.64	.67
per il futuro	2.85	.78	.60

Su una scala da 1 “per niente” a 5 “moltissimo”

In media gli operatori sanitari percepiscono un livello di preoccupazione medio/basso. Ciò che li preoccupa maggiormente riguarda il futuro, ciò che cambierà nel proprio ruolo e attività. Inoltre sono anche preoccupati per le modalità adottate di gestione del cambiamento, di doversi impegnare molto per avere poco in cambio e non riuscire a capire gli obiettivi finali del cambiamento.

Preoccupazioni e anzianità di unità operativa

Tabella 3.32 Anova per anzianità di unità operativa

Dimensioni variabile	Anzianità di unità operativa attuale (71)						Anova	
	≤ 3 aa (26)		4-15 aa (27)		≥ 16 aa (18)		F	Sig.
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
sul padroneggiare il cambiamento	1.97	.74	2.54	.88	2.51	.99	3.440	.038
di essere lasciato solo durante il cambiamento	2.13	.58	2.57	.72	2.18	.52	3.742	.029

Su una scala da 1 “per niente” a 5 “moltissimo”

Gli operatori sanitari con anzianità di unità operativa attuale da 4 a 15 anni sono più preoccupati sul come padroneggiare il cambiamento e di essere lasciati soli durante il cambiamento. I dati risultano statisticamente significativi.

Attraverso il test di Scheffé si è notato che per la dimensione “essere lasciato solo durante il cambiamento” vi è una differenza statisticamente significativa tra la classe di anzianità di unità operativa ≤ 3 anni e quella di 4-15 anni.

L’aiuto pratico

Tabella 3.33 L’aiuto pratico (73)

<i>Su una scala da 1 “per niente” a 5 “moltissimo”</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Alpha di Cronbach</i>
Aiuto pratico	3.67	.69	.91

Per facilitare la riorganizzazione gli operatori sanitari ritengono importanti il proprio coinvolgimento nella presa di decisione, il riconoscimento degli sforzi fatti giorno per giorno, i feedback rispetto a dubbi, la disponibilità di tempo e spazi per condividere l’andamento del progetto.

Il commitment to change

Tabella 3.34 Il commitment al cambiamento (73)

<i>Su una scala da 1 “per niente d’accordo” a 5 “completamente d’accordo”</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Alpha di Cronbach</i>
Commitment al cambiamento	2.78	.59	.66

Su una scala da 1 “per niente d’accordo” a 5 “completamente d’accordo”

Gli operatori sanitari credono abbastanza al valore del cambiamento, sono abbastanza disponibili a cambiare e ad impegnarsi nel cambiamento.

3.10.2 Analisi delle correlazioni

Si è proseguito con un’analisi delle relazioni tra le variabili studiate utilizzando l’indice di correlazione di Pearson. In neretto sono state evidenziate le correlazioni risultate statisticamente significative (Tabella 3.35). Di seguito ne vengono descritte alcune.

Il *supporto organizzativo* è correlato positivamente ed in modo statisticamente significativo con l’autonomia del compito (r .350), l’identità del compito (r .286), la soddisfazione lavorativa (r .362), la qualità dell’assistenza (r .356), l’adeguatezza dell’assistenza (r .530), la collaborazione (r .506), il commitment affettivo (r .428), il commitment normativo (r .341) e la qualità della comunicazione (r .477).

La *qualità della comunicazione* è correlata positivamente ed in modo statisticamente significativo con l’autonomia del compito (r .260), l’identità del compito (r .437), la soddisfazione lavorativa (r .408), l’adeguatezza dell’assistenza (r .433), la collaborazione (r .415), il commitment affettivo (r .322), il commitment normativo (r .331), il supporto organizzativo (r .477), il supporto del coordinatore al cambiamento (r .357), le aspettative legate ai benefici individuali (r .238), le aspettative legate ai benefici organizzativi (r .341), il commitment to change (r .230) e negativamente con le preoccupazioni sulle modalità di gestione del cambiamento (r -.286).

Le *preoccupazioni per il futuro* sono correlate negativamente ed in modo statisticamente significativo con la soddisfazione lavorativa (r -.280), l’adeguatezza dell’assistenza (r -.410), la collaborazione (r -.447), il supporto del coordinatore al cambiamento (r -.262).

Tabella 3.35 Analisi delle correlazioni

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1 Au	1																										
2 Var	,234(*)	1																									
3 Id	,659(**)	0,138	1																								
4 Sod	,261(*)	,255(*)	,326(**)	1																							
5 Qual	0,201	,235(*)	0,169	0,065	1																						
6 Ad	,277(*)	-0,024	,334(**)	,472(**)		1																					
7 Col	,272(*)	0,211	,339(**)	,432(**)	0,094	,690(**)	1																				
8 C_af	,458(**)	,334(**)	,376(**)	,465(**)	0,132	,319(**)	,487(**)	1																			
9 C_co	,321(**)	-0,038	,427(**)		0,082		0,093	-0,028	-0,03	,287(*)	1																
10 C_no	,445(**)	0,165	,366(**)	,331(**)	0,167	0,163	,234(*)	,547(**)	,432(**)		1																
11 Su_o	,350(**)	0,16	,286(*)	,362(**)	,356(**)	,530(**)	,506(**)	,428(**)	0,133	,341(**)		1															
12 Su_c	,281(*)	-0,105	,358(**)		0,156	-0,051	,370(**)	,307(**)	0,09	0,057	0,215	0,166	1														
13 Com	,260(*)	0,063	,437(**)	,408(**)		0	,433(**)	,415(**)	,322(**)	0,068	,331(**)	,477(**)	,357(**)	1													
14 Ins	-0,033	0,032	-0,146	-0,137	0,063	-0,06	-0,086	-0,118	-0,176	-0,224	0,047	-0,177	-0,169	1													
15 A_ind	0,104	,324(**)	0,157	,395(**)	-0,078	0,104	,290(*)	,383(**)	0,072	,251(*)	0,18	-0,035	,328(**)	,320(**)	1												
16 A_org	0,103	,260(*)	0,136	,413(**)	-0,092	0,22	,323(**)	,343(**)	0,104	,279(*)	0,159	0,105	,341(**)	,412(**)	,811(**)	1											
17 P_cap	-0,129	,234(*)	-0,171	-0,083	0,038	-0,15	-0,203	-0,214	0,06	-0,152	-0,096	0,026	-0,059	,328(**)	,294(*)	,247(*)	1										
18 P_cont	-0,009	-0,195	-0,028	,284(*)	0,031	-0,159	-0,204	-0,224	0,13	-0,188	-0,122	-0,072	-0,076	,573(**)	,388(**)	,416(**)	,740(**)	1									
19 P_mod	0,022	0,002	-0,06	,259(*)	,277(*)	,326(**)	,273(*)	-0,132	0,171	-0,027	-0,067	-0,227	,286(*)	,470(**)	-0,195	,300(**)	,306(**)	,540(**)	1								
20 P_pad	0,158	0,084	0,05	-0,065	,353(**)	-0,228	-0,16	-0,018	0,225	0,067	0,062	-0,051	-0,211	,347(**)	-0,183	,277(*)	,499(**)	,509(**)	,742(**)	1							
21 P_las	-0,144	0,027	-0,111	,335(**)	0,136	,384(**)	,389(**)	-0,159	0,1	-0,073	-0,15	-0,174	-0,218	0,205	-0,108	-0,156	,466(**)	,406(**)	,515(**)	,557(**)	1						
22 P_fut	0,097	0,09	0,053	,280(*)	0,225	,410(**)	,447(**)	-0,096	0,129	-0,059	-0,069	,262(*)	-0,22	0,106	-0,134	-0,215	0,074	0,202	,492(**)	,350(**)	,483(**)	1					
23 Ai_pr	0,204	,335(**)	0,202	0,104	0,083	-0,009	,234(*)	,326(**)	0,119	0,082	0,085	0,094	0,041	,288(*)	,437(**)	,329(**)	,264(*)	,382(**)	-0,053	-0,021	0,08	0,207	1				
24 Ctc	0,149	,273(*)	0,206	0,172	0,061	0,006	0,115	,239(*)	,322(**)	0,097	0,215	0,035	,230(*)	0,096	,326(**)	,399(**)	0,115	0,007	0,127	0,206	0,213	0,175	,377(**)	1			
25 Ito_r	-0,031	-0,036	-0,094	-0,248	-0,042	-0,088	-0,103	-0,208	-0,137	,335(**)	0,014	-0,105	-0,133	0,205	0,084	0,049	0,173	0,215	0,193	0,115	,334(**)	0,224	0,108	0,072	1		
26 Ito_o	-0,192	-0,129	,293(*)	-0,247	-0,007	-0,203	-0,188	-0,168	0,062	-0,186	-0,148	-0,123	-0,241	0,13	0,088	0,039	,302(*)	0,22	0,231	0,137	,479(**)	0,234	0,067	0,172	,520(**)	1	
27 Ito_p	0,176	0,141	0,216	-0,029	,372(**)	-0,013	-0,044	0,208	0,213	0,162	0,106	-0,131	-0,136	-0,199	-0,066	-0,086	0,004	-0,034	0,09	0,136	0,134	,390(**)	,302(*)	-0,039	0,245	0,145	1

1 Au=autonomia compito, 2 Var=varietà compito, 3 Id=identità compito, 4 Sod=soddisfazione lavorativa, 5 Qual=qualità assistenza

6 Ad=adeguatezza assistenza, 7 Col=collaborazione, 8 C_af=commitment affettivo, 9 C_co=commitment continuativo, 10 C_no=commitment normativo

11 Su_o=supporto organizzativo, 12 Su_c=supporto coordinatore, 13 Com=qualità comunicazione, 14 Ins=insicurezza lavorativa, 15 A_ind=aspettative individuali

16 Asp_org=aspettative organizzative, 17 P_cap=preoccupazioni capacità affrontare cambiamento, 18 P_cont=preoccupazioni contenuto cambiamento, 19 P_mod=preoccupazioni modalità gestione cambiamento

20 P_pad=preoccupazioni padroneggiare cambiamento, 21 P_las=preoccupazioni lasciato solo, 22 P_fut=preoccupazioni futuro, 23 Ai_pr=aiuto pratico

24 Ctc=commitment to change, 25 Ito_r= intenzione turnover reparto, 26 Ito_o=intenzioni turnover organizzazione, 27 Ito_p=intenzioni turnover professione

(**) Tutte le correlazioni sono significative per $p < 0,01$.

(*) Tutte le correlazioni sono significative per $p < 0,05$

3.10.3 Analisi di regressione

Per verificare le ipotesi di relazione tra le variabili misurate al tempo 1 sono state condotte una serie di regressioni utilizzando il metodo stepwise. Di seguito verranno riportati esclusivamente i risultati significativi.

Ipotesi 1. Qualità e adeguatezza percepite dell'assistenza

Le prime due regressioni riguardano le relazioni tra le variabili delle caratteristiche del lavoro e dell'area della relazione con la propria organizzazione e con il proprio coordinatore (*caratteristiche del lavoro quali autonomia, varietà e identità del compito; supporto organizzativo, supporto del coordinatore al cambiamento*) e due variabili sulla *qualità e adeguatezza percepite dell'assistenza* fornita.

Tabella 3.36 Analisi di regressione sulla qualità dell'assistenza percepita

R ² adjusted= .114; F=10.288; p=.002			
Predittori	Coefficienti standardizzati	T	Sig.
	Beta		
Supporto organizzativo	.356	3.208	.002

I risultati indicano che soltanto il *supporto organizzativo* ha una relazione positiva e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari all'11.4%.

La regressione fa notare che gli operatori sanitari che si sentono supportati dall'organizzazione in quanto l'unità operativa tiene in considerazione i loro obiettivi e i loro valori, tiene conto delle loro opinioni e si preoccupa del loro benessere percepiscono una migliore qualità dell'assistenza intesa come cura e assistenza adeguate alle necessità dei pazienti.

Per quanto riguarda l'adeguatezza dell'assistenza i risultati indicano che solamente il *supporto organizzativo* e il *supporto del coordinatore al cambiamento* hanno una relazione positiva e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 34.5%.

Tabella 3.37 Analisi di regressione sull'adeguatezza dell'assistenza percepita

R ² adjusted= .345; F= 19.923; p=.000			
Predittori	Coefficienti standardizzati	T	Sig.
	Beta		
Supporto organizzativo	.482	4.980	.000
Supporto del coordinatore al cambiamento	.290	3.001	.004

Sentirsi supportati, sostenuti sia dall'organizzazione sia da parte del coordinatore durante il processo di cambiamento fa sì che gli operatori sanitari percepiscono una migliore adeguatezza dell'assistenza intesa come tempo e opportunità per discutere le problematiche dei pazienti con i colleghi, il numero di infermieri sufficiente a garantire un'assistenza qualificata ai pazienti.

Ipotesi 2. Aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi

L'analisi di regressione è stata condotta per comprendere se le variabili *qualità della comunicazione e preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro)* hanno una relazione con le *aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi*.

Tabella 3.38 Analisi di regressione sulle aspettative legate ai benefici individuali

R ² adjusted= .219; F=11.206; p=.000			
Predittori	Coefficienti standardizzati	T	Sig.
	Beta		
Preoccupazioni sul contenuto del cambiamento	-.365	-3.517	.001
Qualità della comunicazione	.300	2.895	.005

I risultati indicano che soltanto le *preoccupazioni sul contenuto del cambiamento* hanno una relazione negativa e statisticamente significativa mentre solamente la *qualità della comunicazione* una relazione positiva. La varianza spiegata dal modello è pari al 21.9%.

Questa regressione mostra che se gli operatori sanitari percepiscono una comunicazione efficace aumentano le aspettative individuali verso il cambiamento come ad esempio migliorare le relazioni di lavoro con i colleghi, aumentare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, crescere professionalmente.

Se gli operatori sono preoccupati di perdere la loro attuale posizione, di avere nuove responsabilità, di perdere parti del proprio lavoro diminuiscono le aspettative legate ai benefici individuali.

L'analisi di regressione sulle aspettative legate ai benefici organizzativi indica che solo le *preoccupazioni sul contenuto del cambiamento* hanno una relazione negativa e statisticamente significativa mentre solo la *qualità della comunicazione* una relazione positiva. La varianza spiegata dal modello è pari al 24.9%.

Tabella 3.39 Analisi di regressione sulle aspettative legate ai benefici organizzativi

R ² adjusted= .249 F= 13.105; p=.000			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Preoccupazioni sul contenuto del cambiamento	-.392	-3.858	.000
Qualità della comunicazione	.312	3.065	.003

Tale regressione mostra che le aspettative legate ai benefici organizzativi come il miglioramento della collaborazione tra unità operative chirurgiche, l'aumento dell'efficienza lavorativa aumentano se gli operatori percepiscono una comunicazione efficace e diminuiscono se sono preoccupati per i contenuti del cambiamento.

Ipotesi 3. Preoccupazioni sulle modalità di gestione del cambiamento adottate e preoccupazioni per il futuro

E' stata condotta un'analisi di regressione per comprendere se le variabili *supporto organizzativo*, *supporto del coordinatore al cambiamento* e *qualità della comunicazione* hanno una relazione con le preoccupazioni sulle modalità di gestione del cambiamento adottate e le preoccupazioni per il futuro.

Tabella 3:40 Analisi di regressione sulle preoccupazioni sulle modalità di gestione del cambiamento

R ² adjusted= .071; F= 6.493; p=.013			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Qualità della comunicazione	-.289	-2.548	.013

I risultati indicano che solo la *qualità della comunicazione* ha una relazione negativa e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 7.1%.

Questa regressione mostra che se gli operatori sanitari percepiscono di aver ricevuto sufficienti comunicazioni sul cambiamento, se gli sono state spiegate le ragioni del cambiamento, se hanno la possibilità di comunicare il loro punto di vista le preoccupazioni sulle modalità di gestione del cambiamento diminuiscono.

Per quanto riguarda le preoccupazioni per il futuro i risultati indicano che soltanto il *supporto del coordinatore al cambiamento* ha una relazione negativa e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 5.5%.

Se gli operatori sanitari si sentono supportati, sostenuti, aiutati dal loro coordinatore durante il cambiamento e il coordinatore accoglie proposte sul cambiamento fatte dal gruppo le preoccupazioni per il futuro diminuiscono.

Tabella 3.41Analisi di regressione sulle preoccupazioni per il futuro

R ² adjusted= .055; F= 5.224; p=.025			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Supporto del coordinatore al cambiamento	-.262	-2.286	.025

Ipotesi 4. Commitment to change

E' stata eseguita un'analisi di regressione per comprendere se le variabili *qualità della comunicazione, aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi e le preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro)* hanno una relazione con il *commitment to change*.

Tabella 3.42 Analisi di regressione sul commitment to change

R ² adjusted= .247; F= 12.951; p=.000			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Aspettative legate ai benefici organizzativi	.494	4.669	.000
Preoccupazione sul padroneggiare il cambiamento	.342	3.238	.002

I risultati indicano che solo le *aspettative legate ai benefici organizzativi* e la *preoccupazione sul padroneggiare il cambiamento* hanno una relazione positiva e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 24.7%.

Se gli operatori sanitari si aspettano che il cambiamento migliorerà il benessere lavorativo, la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, la collaborazione tra gli operatori sanitari e si sentono preoccupati di non capire quali capacità devono mettere in campo per padroneggiare il cambiamento aumenta la loro consapevolezza, la loro comprensione e accettazione della necessità di cambiamento.

Nella fase iniziale della ricerca sono stati raccolti ulteriori dati con l'obiettivo di:

- rilevare le caratteristiche del lavoro degli operatori sanitari
- indagare alcuni fattori psicosociali individuali e organizzativi degli infermieri, degli OSS e dei medici
- ottenere una fotografia della situazione assistenziale nelle chirurgie
- individuare le aree di miglioramento.

Sono stati utilizzati diversi metodi e strumenti. Di seguito vengono presentati i principali risultati.

3.11 Focus group con infermieri e operatori sociosanitari

Dopo aver somministrato il questionario agli operatori sanitari delle unità operative coinvolte nel cambiamento, nella fase iniziale del progetto, sono stati effettuati cinque focus group, della durata media di 90 minuti ciascuno, rivolti a tutto il personale infermieristico e di supporto, con l'obiettivo di analizzare i processi lavorativi e assistenziali, individuare aree di criticità e miglioramento e rilevare i bisogni formativi. Hanno partecipato 42 infermieri (91,3 %) e 18 OSS (100%) e una rappresentanza dei chirurghi.

Dai focus group è emersa, in particolare, una frammentazione del percorso del paziente chirurgico tra i diversi servizi in cui transita e un'eccessiva variabilità di intervento tra gli operatori dovuta a diversi orientamenti clinici e consuetudini di contesto. Gli infermieri evidenziano un progressivo aumento della complessità del paziente chirurgico dovuto alla tipologia di intervento, all'aumento della patologia oncologica, alle caratteristiche dei pazienti che sono sempre più anziani e portatori di polipatologia, all'aumento di conseguenza delle complicanze postoperatorie che prolungano la degenza del paziente in ospedale. Nonostante ciò nella definizione del numero di infermieri e OSS per turno non viene presa in considerazione la complessità dei pazienti ma solo il loro numero. Viene suggerita la presenza di un infermiere esperto per turno come supporto ai colleghi con meno esperienza.

Lamentano scarsa comunicazione con i medici, la carenza di momenti formali di discussione, di confronto sui casi clinici, difficoltà a gestire con i medici un confronto professionale per condividere le motivazioni di alcune decisioni che possono avere un importante impatto assistenziale. Un'altra area sulla quale gli infermieri percepiscono un maggior bisogno informativo da parte dei medici riguarda il tipo di intervento chirurgico effettuato (tecnica, posizionamento dei drenaggi, problemi intraoperatori etc...).

Sentono la mancanza di un'efficace comunicazione tra le figure mediche con cui si relazionano, il fatto che tra medici non riescano a trovare un accordo per le procedure pesa notevolmente sul carico di lavoro degli infermieri e OSS che si trovano a dover soddisfare richieste diverse per ogni medico con cui collaborano, togliendo tempo alla presa in carico del paziente.

Sottolineano quindi l'importanza di elaborare in collaborazione con i medici protocolli, procedure e percorsi clinico-assistenziali per gestire in modo uniforme la cura, l'assistenza e l'educazione del paziente. Inoltre vi è l'assenza di materiale informativo scritto come supporto al colloquio educativo pre dimissione che esegue l'infermiere.

Le informazioni date dai medici ai pazienti sia nella fase preoperatoria che postoperatoria sono ritenute dagli infermieri carenti, parziali, incomplete e spesso poco chiare.

Ciò risulta essere una criticità, molte sono le richieste di chiarimento che pazienti e familiari rivolgono agli infermieri; quest'ultimi non conoscendo le informazioni trasmesse dal medico si sentono a disagio.

Gli OSS ritengono di avere una buona collaborazione con gli infermieri anche se i momenti di confronto per discutere i problemi dei pazienti sono insufficienti, apprezzano la partecipazione alla consegna al cambio del turno.

Infermieri e OSS sottolineano di non aver ricevuto informazioni e spiegazioni esaustive sulle ragioni del cambiamento organizzativo, chiedono di poter partecipare attivamente al cambiamento e un maggior supporto da parte dell'organizzazione durante il periodo di cambiamento.

E' emerso inoltre che l'infermiere perde del tempo distraendosi dall'assistenza diretta al paziente a cercare il medico in quanto non sono presenti prescrizioni farmacologiche in cartella clinica, oppure non sono leggibili o sono incomplete.

Per un'assistenza sicura e di qualità, gestita nell'ottica della continuità, vengono individuate le azioni correttive che coinvolgono equipe con diverse figure professionali ma che richiedono anche l'integrazione con diversi servizi presenti in ospedale o della rete territoriale.

Durante i focus group sono stati individuati i bisogni formativi degli infermieri e degli OSS; è emersa la necessità di approfondire sia tematiche di specificità chirurgica che tematiche trasversali quali:

- le innovazioni degli interventi chirurgici e la relativa assistenza pre e postoperatoria;
- la gestione assistenziale del paziente sottoposto ad interventi di chirurgia maggiore, del paziente cronico e dell'anziano con comorbidità;
- la ripresa dell'alimentazione del paziente nella fase postoperatoria;

- la gestione della politerapia;
- le incompatibilità tra farmaci;
- l'educazione terapeutica al paziente chirurgico;
- il supporto relazionale e psicologico al paziente oncologico;
- i modelli di assistenza e organizzativi innovativi.

Inoltre è emersa la proposta di elaborare strumenti a supporto di processi assistenziali ed educativi.

3.12 Osservazione dell'agire quotidiano

In seguito ai focus group nei mesi di ottobre-novembre 2011 si è ritenuto importante condurre un'osservazione dei processi lavorativi delle chirurgie con l'obiettivo di:

- misurare il tempo dedicato alle diverse attività svolte nei turni di mattino e pomeriggio da parte di un infermiere e di un OSS (tempo “al letto del paziente” e in attività di assistenza indiretta);
- misurare la distribuzione del tempo nei diversi luoghi di lavoro interni ed esterni all'U.O.;
- individuare l'eventuale spreco di tempo, dove per spreco si intende il tempo impiegato per l'esecuzione di attività che assorbono risorse ma non creano valore
- descrivere l'integrazione tra i diversi operatori sanitari (medico/infermiere ed infermiere /OSS).

Per l'osservazione è stata utilizzata la tecnica dello *shadowing*: ricercatori esterni all'organizzazione hanno osservato per quattro turni di lavoro infermieri e OSS nel corso dello svolgimento delle pratiche di lavoro quotidiane. Simultaneamente all'osservazione sono state trascritte le singole attività, il tempo e il luogo di svolgimento.

Le singole attività sono state riunite in categorie (ad esempio: gestione della terapia, documentazione..) in base alle indicazioni contenute nel documento *Transforming care at the bedside dell'Insitute for Health Care improvement* (2008).

Per gli operatori sociosanitari il raggruppamento delle attività è avvenuto in base alle indicazioni del Profilo Professionale dell'OSS sia Nazionale che Provinciale.

I dati raccolti sono stati sintetizzati attraverso il programma Microsoft Excel.

Dall'osservazione dei processi lavorativi di infermieri e OSS, è emerso che mediamente l'infermiere trascorre circa il 50% del proprio tempo (turno del mattino) al letto del paziente, e le attività che maggiormente garantisce sono la gestione della terapia, l'assistenza pre e postoperatoria intesa come la preparazione del paziente all'intervento chirurgico, il monitoraggio del paziente operato, la collaborazione nelle medicazioni delle ferite chirurgiche etc.. Il rimanente 50% del tempo è dedicato ad attività di assistenza indiretta (ad esempio la preparazione dei farmaci, la registrazione dei dati nella documentazione clinica, ecc...).

L'operatore sociosanitario, al contrario, è la figura che rispondendo alla soddisfazione dei bisogni di base della persona assistita, sta aumentando il proprio tempo di contatto diretto con il paziente.

I momenti di presenza contemporanea di infermiere e OSS sono limitati ai casi più complessi.

Questa rilevazione è in linea con i dati internazionali che sono più bassi del 50% rilevato e preoccupano per il rischio di ridurre la sorveglianza nei confronti dei pazienti che sono sempre più complessi. In un contesto chirurgico l'intercettazione precoce e rapida di segni e sintomi di peggioramento è una delle competenze distintive e più importanti che un infermiere deve garantire e mantenere; perché questo avvenga è necessario che gli infermieri stiano a diretto contatto con il paziente, con modalità organizzative che consentano la presa in carico di gruppi definiti di pazienti.

Non si sono osservate situazioni importanti di spreco.

Dall'osservazione si evidenzia che il modello assistenziale adottato non favorisce una presa in carico dei pazienti che richiedono una regia di un percorso particolarmente complesso.

3.13 Valutazione della soddisfazione dei pazienti per l'assistenza ricevuta durante il ricovero

E' stato somministrato un questionario ai pazienti dimessi dalle unità operative di chirurgia 1, 2 e gastroenterologia nel periodo 1 marzo – 31 agosto 2012 con l'obiettivo di rilevare il loro livello di soddisfazione percepita rispetto all'assistenza ricevuta durante la degenza.

Il questionario, versione adattata della *Patient Satisfaction Scale* di Kim (1991) e della versione italiana di Tomietto, Papastavrou, Suhonen, Leino-Kilpi e Palese (2011). E' composto da 16 item su una scala da 1 "per nulla soddisfatto" a 4 "molto soddisfatto". Comprende item relativi la qualità dell'assistenza, gli aspetti relazionali e di informazione, la soddisfazione dei bisogni di base, la premura nel rispondere alle richieste del paziente e la preparazione alla dimissione.

Nel periodo 1 marzo - 31 agosto 2012 sono stati dimessi complessivamente 1363 pazienti: 647 dalla prima chirurgia, 716 dalla seconda chirurgia e dalla gastroenterologia. Sono stati compilati 189 questionari (81 dai pazienti della prima chirurgia, 108 dai pazienti della seconda chirurgia e gastroenterologia) pari al 13.9% dei pazienti dimessi dalle unità operative. Nella tabella 3.43 viene riportata la frequenza delle risposte suddivise per livello di soddisfazione del campione totale.

Tabella 3.43 Numero di risposte suddivise per livello di soddisfazione

	Item e numero risposte	Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
1	Livello di assistenza del reparto (189)	1	4	58	126
2	Quantità assistenza ricevuta (189)	1	7	51	130
3	Professionalità del personale di assistenza (188)	0	3	50	135
4	Come il personale infermieristico si è comportato nei miei confronti e si è occupato di me (185)	0	2	40	143
5	Informazioni da parte del medico rispetto ad intervento e terapia (185)	3	11	52	119
6	Modalità con cui il personale infermieristico ha fornito spiegazioni (186)	0	1	60	125
7	Uniformità delle indicazioni e informazioni ricevute dai vari operatori (179)	0	13	69	97
8	Accoglienza in reparto (185)	1	6	47	131
9	Trattamento dolore (179)	0	0	51	128
10	Assistenza e sorveglianza notturna (167)	1	10	48	108
11	Premura nel rispondere al campanello (167)	2	3	50	112
12	Aiuto e informazioni ricevute dal personale di assistenza rispetto al bere e al mangiare (173)	2	5	69	97
13	Aiuto e supporto dal parte del personale di assistenza nell'igiene personale (158)	0	11	53	94
14	Aiuto e informazioni ricevute dal personale di assistenza rispetto agli spostamenti dentro e fuori dal letto (161)	1	3	59	98
15	Preparazione alla dimissione da parte del personale infermieristico (166)	1	4	61	100
16	Preparazione dei familiari alla dimissione da parte del personale infermieristico (151)	1	8	61	81

Dai dati emerge che i pazienti si ritengono complessivamente soddisfatti dell'assistenza infermieristica ricevuta durante la loro degenza. In particolare il 77.3% dei pazienti è molto soddisfatto di come il personale infermieristico si è occupato di loro, il 71.8% della professionalità degli infermieri, il 70.8% dell'accoglienza ricevuta.

I pazienti si sentono soddisfatti anche dell'assistenza che hanno ricevuto dagli OSS durante il periodo di ricovero ospedaliero, nello specifico dell'aiuto e del supporto durante le attività di vita quotidiana come la mobilitazione, l'assunzione dei pasti e l'igiene personale.

Si riporta inoltre il punteggio medio e la deviazione standard di ogni item relativo ai questionari totali (Tabella 3.44).

Tabella 3.44 Media e DS per singolo item

	Item	Media	DS
1	Livello di assistenza del reparto	3.63	.56
2	Quantità assistenza ricevuta	3.64	.58
3	Professionalità del personale di assistenza	3.70	.59
4	Come il personale infermieristico si è comportato nei miei confronti e si è occupato di me	3.76	.45
5	Informazioni da parte del medico rispetto ad intervento e terapia	3.55	.68
6	Modalità con cui il personale infermieristico ha fornito spiegazioni	3.67	.48
7	Uniformità delle indicazioni e informazioni ricevute dai vari operatori	3.47	.63
8	Accoglienza in reparto	3.66	.57
9	Trattamento dolore	3.72	.45
10	Assistenza e sorveglianza notturna	3.58	.63
11	Premura nel rispondere al campanello	3.63	.59
12	Aiuto e informazioni ricevute dal personale di assistenza rispetto al bere e al mangiare	3.51	.62
13	Aiuto e supporto dal parte del personale di assistenza nell'igiene personale	3.53	.63
14	Aiuto e informazioni ricevute dal personale di assistenza rispetto agli spostamenti dentro e fuori dal letto	3.59	.57
15	Preparazione alla dimissione da parte del personale infermieristico	3.57	.58
16	Preparazione dei familiari alla dimissione da parte del personale infermieristico	3.47	.58

Su una scala da 1 "per nulla soddisfatto" a 4 "molto soddisfatto"

Il punteggio medio più elevato si è registrato rispetto all'item "Sono soddisfatto di come il personale infermieristico si è comportato nei miei confronti e si è occupato di me" (media 3.76 DS .45).

Sebbene emerga un buon livello di soddisfazione rispetto alla qualità dell'assistenza, gli aspetti relazionali, l'assistenza durante le attività di vita quotidiana, la premura nel rispondere alle richieste del paziente alcuni item hanno avuto un punteggio medio più basso:

- *“sono soddisfatto rispetto all'uniformità delle indicazioni e informazioni ricevute dai vari operatori”* (media 3.47 DS .63);
- *“sono soddisfatto rispetto alla preparazione dei familiari alla dimissione da parte del personale infermieristico”* (media 3.47 DS .58).

3.14 Percezione dei pazienti/caregiver delle informazioni ricevute durante la degenza ospedaliera

E' stata realizzata una successiva indagine sui pazienti/caregiver per rilevare la loro percezione rispetto alle informazioni ricevute durante la degenza ospedaliera e in preparazione alla dimissione.

A tale scopo è stato elaborato un questionario da somministrare al paziente o al caregiver presso l'ambulatorio chirurgico al momento della prima visita di controllo post dimissione. Il questionario comprende alcuni dati demografici, le aree di informazione (la ferita chirurgica e i drenaggi, il dolore, le persone di riferimento in caso di problemi, come assumere i nuovi farmaci, le visite di controllo, quando e come riprendere le attività di vita quotidiana, le indicazioni rispetto a servizi sanitari, sociali, associazioni), i professionisti dai quali i pazienti hanno ricevuto le informazioni, gli eventuali dubbi e preoccupazioni dei pazienti durante i primi giorni dopo la dimissione e i suggerimenti per migliorare la preparazione dei pazienti alla dimissione).

Sono stati raccolti, nel periodo 1 marzo - 31 agosto 2012, 289 questionari, pari al 21.2% dei 1363 pazienti dimessi nel periodo (185 questionari riguardano pazienti dimessi dall'U.O. di chirurgia 1 e 104 questionari dall'U.O. Chirurgia 2).

251 questionari sono stati compilati dal paziente e 37 da un familiare o un'altra persona referente, 1 persona non ha risposto.

Per quanto riguarda il genere il campione è costituito da 118 maschi (40,8%) e 170 femmine (58,8%), 1 paziente non ha specificato il genere. L'età media è di 55 anni (DS 17.9).

Nella tabella 3.45 viene riportato, per ogni area di informazione, il numero di pazienti/caregiver che hanno segnalato di aver ricevuto o meno informazioni e di aver ricevuto informazioni incomplete o non necessarie.

Tabella 3.45 Numero di risposte suddivise per informazioni ricevute

	Aree di informazione e numero risposte	Informazioni ricevute	Informazioni non ricevute	Informazioni ricevute in modo incompleto	Informazioni non ritenute necessarie
1	Ferita chirurgica e drenaggi (274)	198	37	12	27
2	Dolore (272)	206	36	8	22
3	Persone di riferimento in caso di problemi (271)	158	74	11	28
4	Come assumere nuovi farmaci (253)	115	47	4	87
5	Visite di controllo (273)	261	4	6	2
6	Quando e come riprendere le attività di vita quotidiana (265)	172	57	20	16
7	Indicazioni rispetto a servizi sanitari, sociali, associazioni (252)	94	88	6	64

I pazienti riferiscono di aver ricevuto in maggior misura informazioni relative alle visite di controllo (95.6%), alla gestione del dolore (75.7%) e alla gestione della ferita chirurgica e dei drenaggi (72.3%). Lamentano invece di non aver ricevuto informazioni rispetto a chi rivolgersi in caso di problemi (27.3%) e indicazioni relative ai servizi sanitari, sociali e alle associazioni (37.3%).

Nella tabella 3.46 sono riportate in percentuale le figure professionali dalle quali i pazienti/caregiver segnalano di aver ricevuto le informazioni. Le percentuali sono calcolate sul numero delle risposte nelle quali i pazienti hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni rispetto a ciascuna area.

Tabella 3.46 Figure professionali che hanno fornito informazioni in percentuale

Area di informazione	Medico	Infermiere	Medico e infermiere	Coordinatore	Opuscolo informativo	Altro *	Non risposta
Ferita chirurgica e drenaggi (198)	40.9	25.3	21.2	2.5	1.5	4.5	4
Dolore (206)	47.6	28.6	13.1	1.5	1.9	3.9	3.4
Persone di riferimento in caso di problemi (158)	51.3	27.8	8.2	1.9	3.2	3.8	3.8
Come assumere nuovi farmaci (115)	48.7	28.7	7.8	4.3	1.7	3.5	5.2
Visite di controllo (261)	46.4	24.9	8.4	6.5	.8	3.8	9.2
Quando e come riprendere le attività di vita quotidiana (172)	48.8	20.9	10.5	3.5	4.1	6.4	5.8
Indicazioni rispetto a servizi sanitari, sociali, associazioni (94)	41.5	27.7	11.7	5.3	0	6.4	7.4

Altro*: tutta l'equipe, medico, coordinatore e infermiere insieme, coordinatore e medico insieme, fisioterapista, anestesista

Le figure professionali che forniscono maggiori informazioni risultano essere i medici e gli infermieri.

Il 75.1% dei 289 pazienti riferisce di non aver avuto dubbi e di non sentirsi preoccupato durante i primi giorni dopo la dimissione, il 22.5% riporta invece preoccupazioni e dubbi, il 2.4% non ha risposto alla domanda. I dubbi e le preoccupazioni riguardavano la malattia, la prognosi, la gestione del dolore e delle attività di vita quotidiana.

L'ultima domanda chiedeva suggerimenti per migliorare la preparazione alla dimissione.

Le risposte sono state 55 su 289 questionari compilati e riguardano diversi aspetti non sempre inerenti il processo di dimissione. 25 pazienti hanno sottolineato l'importanza di avere più informazioni sui comportamenti da tenere/evitare, sul decorso postoperatorio, sui tempi di recupero e convalescenza.

E' stato segnalato il bisogno di dedicare maggior tempo all'educazione e all'informazione tra figure professionali e pazienti, di utilizzare un linguaggio chiaro, semplice e comprensibile. Inoltre i pazienti hanno dato dei suggerimenti relativi all'organizzazione della dimissione.

10 pazienti hanno espresso delle valutazioni positive, degli elementi di soddisfazione e dei ringraziamenti verso l'equipe.

3.15 Studio osservazionale sui livelli di complessità assistenziale del paziente chirurgico

In letteratura il concetto di complessità del paziente viene spesso identificato con la criticità e l'instabilità clinica o con la situazione urgente; il termine complessità viene inoltre utilizzato indifferentemente anche per indicare la risposta assistenziale ossia l'intensità delle cure da garantire al singolo paziente. La declinazione della complessità in ambito infermieristico nasce nel 2003 dall'intuizione di Pitacco e Silvestro che individuano un modello per analizzare le variabili che concorrono a definire il fabbisogno e la tipologia assistenziale. Tale metodo deriva dalla Teoria della Complessità e viene coniugato, dal punto di vista metodologico, con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, nota come ICF (*International Classification of Functioning Disability and Health*), sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e pubblicata nel maggio del 2001. Documenti di indirizzo della Federazione IPASVI suggeriscono di considerare nel concetto di complessità le seguenti dimensioni:

- stabilità/instabilità clinica;
- responsività o capacità di autocura (capacità dell'assistito di comprendere, di reagire, di definire le proprie necessità e di scegliere i comportamenti a lui idonei);
- dipendenza/indipendenza nelle attività di vita quotidiana (la possibilità dell'assistito di agire su se stesso autonomamente ed efficacemente);
- contesto sociale e delle cure.

I criteri utilizzati dal modello della complessità assistenziale non sono specifici per l'area chirurgica e necessitano di un maggior dettaglio per essere utilizzati nella pratica quotidiana.

A maggio 2012, quattro ricercatori esterni alle unità operative, hanno osservato in modo consecutivo per una settimana un campione di pazienti e operatori nelle due chirurgie per descrivere le dimensioni clinico-assistenziali di stabilità/instabilità, di autocura, di dipendenza dei pazienti degenti in chirurgia.

La finalità era di descrivere l'impegno assistenziale richiesto per pianificare azioni a sostegno dello sviluppo di competenze e strumenti in grado di migliorare la risposta assistenziale.

Nella settimana indice dal 25 al 31 maggio 2012, sono stati studiati i pazienti ricoverati al momento dell'avvio del periodo di osservazione, i nuovi ricoveri programmati e urgenti ed i pazienti trasferiti da altre unità operative o ospedali. Sono stati inclusi anche i pazienti ricoverati per i quali non era previsto l'intervento chirurgico. Tutti i pazienti ricoverati in regime di day hospital sono stati esclusi.

La raccolta dei dati è stata effettuata utilizzando un dossier costruito ad hoc dal gruppo di ricerca in collaborazione con i coordinatori infermieristici e alcuni infermieri esperti in assistenza chirurgica, avvalendosi della letteratura specifica di riferimento. In coerenza al modello della complessità il dossier analizzava le seguenti dimensioni:

- clinica: diagnosi di ingresso, tipologia di ricovero (programmato, urgente), patologie concomitanti, numero di principi farmacologici assunti in fase pre-ricovero e in ospedale, rischio di sviluppare complicanze o esiti negativi (rischio anestesilogico - ASA, rischio di dimissione difficile, rischio di cadute, rischio di confusione mentale), assunzione di farmaci ad alto rischio di eventi avversi (insulina, oppiacei, ecc);
- dipendenza nelle attività di vita quotidiana, la presenza di sintomi (dolore, nausea, vomito), presidi (drenaggi, cateteri, sondini) e bisogni di autocura, la percezione dell'intensità del dolore del paziente a riposo e durante il movimento con lo scopo di rilevare un outcome importante del contesto chirurgico;
- vigilanza realizzata dagli infermieri attraverso la raccolta e l'analisi dei dati di monitoraggio.

I dati di contesto sono stati invece raccolti attraverso reporting forniti dal Servizio Controllo di Gestione.

La presenza dei ricercatori, l'osservazione partecipata e la raccolta di dati clinico-assistenziali dalla documentazione clinica sono state condivise con le Direzioni e il personale assistenziale.

Ai pazienti, al momento del ricovero, era comunicata la presenza di osservatori e veniva chiesto il loro consenso alla presenza durante le attività assistenziali.

I dati sono stati analizzati in modo descrittivo, presentati e discussi con il gruppo di ricerca. L'analisi è stata effettuata in modo aggregato in quanto la numerosità del campione non permetteva di effettuare sotto analisi per singola unità operativa o per patologia.

Sono stati osservati 120 pazienti in modo consecutivo, dal loro ricovero in chirurgia fino alla dimissione.

La raccolta dei dati e la loro analisi hanno permesso di identificare un set di criteri che definiscono la complessità del paziente; alcuni coincidono con quelli già documentati in letteratura (instabilità clinica, dipendenza fisica) ma altri rispecchiano la specificità del contesto chirurgico. Emerge il ruolo rilevante della tipologia di intervento chirurgico nel determinare il rischio di instabilità clinica, di dipendenza e di bisogno educativo.

Tale rilevazione della complessità del paziente diventerà uno strumento di pianificazione quotidiana delle cure a supporto delle decisioni assistenziali.

Un ulteriore elemento che emerge è la necessità di definire degli standard minimi di monitoraggio dei pazienti, sia per la fase postoperatoria che in presenza di terapie complesse, in quanto attualmente la frequenza del monitoraggio è molto dipendente dall'esperienza e competenza del singolo operatore.

Considerando inoltre il quadro di complessità emerso è necessario approfondire ulteriormente le modalità e i criteri di collaborazione, assegnazione e supervisione di attività che tradizionalmente sono svolte dagli OSS.

3.16 Studio retrospettivo sul processo di gestione di gestione della terapia

Uno dei processi rilevanti nell'ambito della gestione del rischio clinico e della qualità assistenziale è il processo di gestione dei farmaci e *Joint Commission International* (JCI) ha individuato tra gli eventi sentinella prioritari l'errore di terapia.

Si è ritenuto pertanto opportuno analizzare tale processo, anche perché occupa la maggior parte del tempo dell'infermiere nei turni di mattina e pomeriggio e dallo studio osservazionale sui pazienti emerge che in media un utente assume 6,8 principi attivi di farmaci (somma dei farmaci assunti a domicilio e di quelli prescritti in reparto).

L'ospedale ha aderito dal 2005 al programma di accreditamento JCI e il gruppo di ricerca ha ritenuto importante applicare alcuni indicatori riferiti alla completezza delle prescrizioni mediche del farmaco e alla tracciabilità della somministrazione del farmaco da parte dell'infermiere.

Inoltre al momento dell'avvio della ricerca il gruppo medico e quello infermieristico, in collaborazione con la Direzione dell'Ospedale, avevano introdotto un nuovo format di foglio unico di terapia e di termografica da adottare in tutte le unità operative coinvolte nel progetto.

E' stata condotta un'analisi descrittiva di un campione di fogli unici di terapia (n. 215) presenti nel 10% delle cartelle cliniche chiuse delle due unità operative di chirurgia nel periodo 1 gennaio – 30 giugno 2011. I criteri per la scelta dei fogli unici di terapia sono stati: essere riferiti a ricoveri di tipo ordinario sia urgenti che programmati e riguardare ricoveri con almeno due giorni di degenza e con diversi DRG; in questo modo vi è la garanzia di aver analizzato prescrizioni di farmaci effettuate da medici diversi.

La completezza della prescrizione medica è stata definita adottando i criteri contenuti nella Procedura per la prescrizione dei farmaci dell'Ospedale (2009).

Complessivamente sono state valutate n.1797 prescrizioni. I risultati ottenuti riportano che nessuno dei criteri di completezza era presente al 100% (standard atteso). Sono da migliorare la leggibilità (87,3%), la specificazione del dosaggio, perché spesso incompleto, e l'orario (58%) in quanto è utilizzata la modalità di scrivere le dosi al giorno e non l'ora specifica (es. *Lasix® 1 compressa per due/die*).

La velocità di infusione è presente solo nel 6,2% delle prescrizioni di farmaci per via endovenosa e questo nel contesto chirurgico è un dato rilevante in quanto sia l'ipovolemia che l'ipervolemia sono associate all'insorgenza di complicanze postoperatorie.

Le prescrizioni delle terapie al bisogno riportano solo nel 9,7% dei casi il sintomo o il motivo per cui va somministrato il farmaco, nell'11% la dose massima e mai l'intervallo minimo fra una somministrazione e l'altra.

Un dato che deve essere presente è la registrazione sul foglio unico di terapia di allergie o precedenti reazioni avverse ai farmaci e la procedura aziendale prevede che la segnalazione del criterio “allergia” venga riportato sia sul fronte che sul retro del foglio unico di terapia.

Solo il 69,8% dei fogli unici analizzati (150 vs 215) presentavano il criterio. Per quanto riguarda la tracciabilità la procedura aziendale prevede che l’infermiere documenti l’avvenuta somministrazione/non somministrazione del farmaco prescritto ponendo la propria sigla identificativa sul foglio unico di terapia.

Tale criterio è stato riscontrato solo nel 78,2% delle somministrazioni dei farmaci per via endovenosa e nel 80,5% delle somministrazioni di farmaci orali, sottocute, intramuscolo.

I dati di questa analisi hanno portato il gruppo di ricerca a sollecitare presso le Direzioni l’introduzione di un sistema informatizzato della gestione dei farmaci, in uso in via sperimentale in alcune realtà aziendali, in quanto la non aderenza ai criteri di prescrizione non è da attribuire ad una non conoscenza ma piuttosto a delle consuetudini difficili da correggere.

Dall’analisi effettuata emerge inoltre che molti criteri, nel momento in cui non sono scritti, vengono lasciati gestire agli infermieri, che devono pertanto possedere conoscenze aggiornate e specifiche rispetto alla gestione dei farmaci; gli stessi infermieri hanno segnalato tale bisogno formativo nei focus group.

3.17 Risultati seconda rilevazione (tempo 2)

Ad un anno e mezzo dall’avvio della riorganizzazione, è stato somministrato un secondo questionario a tutti gli operatori sanitari delle unità operative di chirurgia 1 e 2 per monitorare alcune variabili quali: la qualità e l’adeguatezza dell’assistenza, la collaborazione, la relazione con il paziente e l’intenzione di turnover (dal reparto, dall’organizzazione e professionale) e valutare il comportamento innovativo e il comportamento proattivo al lavoro. Eseguire tale rilevazione prima non aveva valore in quanto solo negli ultimi mesi il progetto di ricerca ha avuto delle azioni concrete come l’inizio del progetto di formazione.

Sono stati somministrati 89 questionari, la restituzione è stata pari al 64% (57). Tutti i questionari restituiti sono stati considerati validi.

La relazione con il paziente e l'intenzione di turnover

Tabella 3.47 La relazione con il paziente

	<i>Media tempo 1 (74)</i>	<i>DS</i>	<i>Media tempo 2 (57)</i>	<i>DS</i>
Relazione con il paziente	4.05	.79	4.30	.75

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

Gli operatori sanitari percepiscono di avere un’ottima relazione con i pazienti.

Tabella 3.48 L’intenzione di turnover

Tipo	<i>Media tempo 1 (60)</i>	<i>DS</i>	<i>Media tempo 2 (48)</i>	<i>DS</i>
Reparto	2.08	1.29	2.06	1.39
Organizzazione	1.55	1.01	1.58	1.04
Professione	1.25	.89	1.35	.91

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

In media gli operatori sanitari riferiscono un’intenzione bassa di lasciare il reparto, l’organizzazione e la professione. Il valore più elevato si riscontra nell’intenzione di turnover dal reparto.

Sono state misurate inoltre le variabili: comportamento innovativo al lavoro e proattività. La ragione per l’introduzione di queste misure è che si ipotizza che i processi di cambiamento possono attivare dei comportamenti innovativi.

Il comportamento innovativo al lavoro

Tabella 3.49 Il comportamento innovativo al lavoro (57)

Dimensioni variabile	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>Alpha di Cronbach</i>
Generazione di idee	2.77	.77	.87
Promozione di idee	2.74	.73	.79
Realizzazione di idee	2.85	.75	.79

Su una scala da 1 “per niente vero” a 5 “completamente vero”

Negli ultimi sei mesi gli operatori sanitari dichiarano di aver messo in atto qualche volta comportamenti innovativi al lavoro come la creazione di nuovi metodi e tecniche di lavoro, la generazione di soluzioni originali per i problemi, la mobilitazione del supporto di altri per le nuove idee, la trasformazione delle idee innovative in utili applicazioni al lavoro e l’introduzione delle nuove idee nell’ambiente lavorativo in modo sistematico.

La proattività al lavoro

Tabella 3.50 La proattività al lavoro (57)

Dimensioni variabile	Media	DS	Alpha di Cronbach
Individuale	2.98	.55	.68
Di gruppo	2.83	.66	.77
Organizzativo	2.61	.76	.87

Su una scala da 1 “per niente ” a 5 “moltissimo”

Nell’ultimo mese gli operatori sanitari dichiarano di aver sviluppato abbastanza nuovi e migliori metodi per aiutare il loro gruppo di lavoro a migliorare le prestazioni, di aver migliorato il modo di lavorare in gruppo e di aver apportato dei cambiamenti al modo in cui svolgono le loro attività principali.

Allo scopo di confrontare il punteggio medio delle dimensioni e degli item della variabile “qualità della pratica clinica” misurata attraverso le due somministrazioni del questionario è stato utilizzato il Test t per campioni correlati.

Sono stati presi in considerazione i dati raccolti da 47 operatori sanitari che hanno compilato il primo e il secondo questionario.

Differenze nel punteggio medio delle dimensioni della variabile “qualità della pratica clinica” tra la prima e la seconda somministrazione del questionario

Nella tabella 3.51 sono confrontati i punteggi medi prima della riorganizzazione (tempo 1) e dopo un anno e mezzo dalla stessa (tempo 2) delle dimensioni relative alla variabile “qualità della pratica clinica” risultati statisticamente significativi.

Tabella 3.51 Differenze punteggio medio tempo 1 e tempo 2

Dimensioni “qualità della pratica clinica”	Media tempo 1	Media tempo 2	t	Sign.
Qualità dell’assistenza	3.61	3.86	-2.514	.015
Adeguatezza dell’assistenza	2.19	2.59	-3.650	.001
Collaborazione	2.47	2.87	-3.326	.002

Gli operatori sanitari al tempo 2 percepiscono una migliore qualità e adeguatezza dell'assistenza e ritengono migliore la collaborazione tra medico e infermiere e tra infermiere e operatore sociosanitario.

Di seguito vengono riportate le differenze dei punteggi medi degli item della variabile “qualità della pratica clinica” tra la prima e la seconda somministrazione del questionario risultati statisticamente significativi (Tabella 3.52).

Tabella 3.52 Differenze punteggio medio tempo 1 e tempo 2

Item “qualità della pratica clinica”	<i>Media tempo 1</i>	<i>Media tempo 2</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>
Penso che nel mio reparto l'assistenza offerta ai pazienti sia adeguata	3.27	3.59	-2.054	.046
Il supporto organizzativo che ricevo mi permette di passare un sufficiente tempo con i pazienti	2.06	2.51	-3.146	.003
Ci sono abbastanza infermieri per provvedere ad un'assistenza qualificata dei pazienti	1.91	2.34	-2.934	.005
Le idee innovative sulla cura del paziente vengono sostenute	2.53	3.02	-3.163	.003
I medici e gli infermieri hanno una buona relazione lavorativa	2.48	3.10	-4.013	.000
Nella giornata lavorativa ci sono momenti di scambio tra medici e infermieri per discutere i problemi dei pazienti	2.21	2.57	-2.121	.039
I miei suggerimenti, pareri, opinioni su un problema del paziente vengono presi in considerazione dai medici	2.85	3.21	-2.271	.028
Gli infermieri e gli operatori sociosanitari hanno una buona relazione lavorativa	2.80	3.43	-3.986	.000

Gli operatori sanitari percepiscono in media un punteggio più elevato nei diversi item riportati; più precisamente ritengono che l'assistenza fornita ai pazienti sia migliorata sia in termini di qualità che di adeguatezza. Dichiarano inoltre di avere più tempo a disposizione per stare con i pazienti.

I medici e gli infermieri ritengono di avere una migliore relazione lavorativa, gli infermieri percepiscono che le loro opinioni, i loro pareri sui pazienti vengono prese in considerazione dai medici in maggior misura.

Analisi delle correlazioni

Si è proseguito con un'analisi delle relazioni tra le variabili studiate utilizzando l'indice di correlazione di Pearson. In neretto sono state evidenziate le correlazioni risultate statisticamente significative (Tabella 3.53).

Tabella 3.53 Analisi delle correlazioni

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Qual	1									
2 Ad	,590(**)	1								
3 Col	,478(**)	,450(**)	1							
4 Comp_gen	0,119	-0,015	,336(*)	1						
5 Comp_pro_rea	0,201	0,075	,383(**)	,866(**)	1					
6 Proat_ind	,281(*)	0,136	,319(*)	,620(**)	,584(**)	1				
7 Proat_gru_org	0,093	0,092	,303(*)	,713(**)	,757(**)	,709(**)	1			
8 Ito_r	0,187	0,204	0,095	0,038	0,002	0,206	0,17	1		
9 Ito_o	-0,06	0,072	-0,025	-,317(*)	-0,249	-0,095	-0,105	,500(**)	1	
10 Ito_p	-0,054	-0,096	-0,213	-,309(*)	-0,27	-0,138	-0,098	,419(**)	,693(**)	1

1 Qual=qualità assistenza, 2 Ad=adeguatezza assistenza, 3 Col=collaborazione

4 Comp_gen=generazione idee, 5 Comp_pro_rea=promozione/realizzazione idee

6 Proat_ind=proattività individuale, 7 Proat_gru_org=proattività gruppo/organizzazione

8 Ito_r= intenzione turnover reparto, 9 Ito_o=intenzioni turnover organizzazione, 10 Ito_p=intenzioni turnover professione

(**) Tutte le correlazioni sono significative per $p < 0,01$.

(*) Tutte le correlazioni sono significative per $p < 0,05$

Il comportamento innovativo (generazione di idee) è correlato positivamente ed in modo statisticamente significativo con la collaborazione ($r .336$), la proattività individuale ($r .620$), la proattività di gruppo/organizzativa ($r .713$) e negativamente con l'intenzione di turnover organizzativo ($r -.317$) e l'intenzione di turnover professionale ($r -.309$).

Per verificare le ipotesi di relazione tra le variabili misurate al tempo 1 e 2 sono state condotte una serie di regressioni utilizzando il metodo stepwise. Di seguito verranno riportati esclusivamente i risultati significativi.

Ipotesi 5. Qualità e adeguatezza percepite dell'assistenza

Le regressioni riguardano le relazioni tra le variabili *supporto organizzativo, supporto del coordinatore al cambiamento, aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi, commitment to change e preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro)* misurate al tempo 1 e la *qualità e l'adeguatezza percepite dell'assistenza* fornita misurate al tempo 2.

Tabella 3.54 Analisi di regressione sulla qualità dell'assistenza percepita

R ² adjusted= .257; F= 6.061; p=.002			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Supporto del coordinatore al cambiamento	.279	2.135	.039
Preoccupazioni sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento	-.382	-2.828	.007
Aspettative legate ai benefici individuali	-.361	-2.663	.011

I risultati indicano che solo il *supporto del coordinatore al cambiamento* ha una relazione positiva e statisticamente significativa, *le preoccupazioni sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento* e *le aspettative legate ai benefici individuali* hanno una relazione negativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 25.7%.

La regressione mostra che gli operatori che si sentono supportati al tempo 1 dal coordinatore durante il processo di cambiamento percepiscono una migliore qualità dell'assistenza (misurata al tempo 2), mentre coloro che hanno aspettative di conseguire benefici individuali dal cambiamento e sono preoccupati di non essere in grado di affrontare nuovi compiti percepiscono una minor qualità dell'assistenza.

Per quanto riguarda l'*adeguatezza dell'assistenza* percepita i risultati indicano che solamente il *supporto organizzativo* ha una relazione positiva e statisticamente significativa, le *aspettative legate ai benefici individuali* hanno una relazione negativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 40.9%.

Tabella 3.55 Analisi di regressione sull'adeguatezza dell'assistenza percepita

R ² adjusted= .409; F= 16.224; p=.000			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Aspettative legate ai benefici individuali	-.466	-4.020	.000
Supporto organizzativo	.461	3.975	.000

Gli operatori sanitari che si sentono supportati dall'organizzazione (tempo 1) percepiscono una miglior adeguatezza dell'assistenza (misurata al tempo 2). Gli operatori che hanno aspettative (misurate al tempo 1) come ad esempio l'aumento del ritmo di svolgimento del lavoro percepiscono una minor adeguatezza dell'assistenza (misurata al tempo 2).

Ipotesi 6. Comportamento innovativo al lavoro (generazione)

E' stata condotta un'analisi di regressione per comprendere se le variabili *caratteristiche del lavoro (autonomia, varietà e identità del compito) e qualità della comunicazione* misurate al tempo 1 hanno una relazione con il *comportamento innovativo al lavoro* nella dimensione della *generazione* delle idee misurato al tempo 2.

Tabella 3.56 Analisi di regressione sul comportamento innovativo al lavoro (generazione)

R ² adjusted= .200; F= 6.739; p=.003			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Identità del compito	-.706	-3.670	.001
Autonomia	.524	20.724	.009

I risultati indicano che solamente l'*identità del compito* ha una relazione negativa e statisticamente significativa mentre l'*autonomia* una relazione positiva e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 20%.

La regressione mostra che i professionisti sanitari che percepiscono autonomia nella programmazione del lavoro, nel metodo di lavoro e nella presa di decisioni (misurata al tempo 1) sono più propensi a generare nuove e utili idee, soluzioni per risolvere questioni difficili (tempo 2). L'*identità del compito* intesa come il portare a termine un lavoro iniziato (misurata al tempo 1) invece ha una relazione negativa con la generazione di nuove idee (tempo 2).

Ipotesi 7. Comportamento proattivo gruppo-organizzazione

Le regressioni riguardano le relazioni tra le variabili *supporto organizzativo*, *supporto del coordinatore al cambiamento*, *aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi*, *commitment to change* e *preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro)* misurate al tempo 1 e il *comportamento proattivo del gruppo-organizzazione* misurato al tempo 2.

Tabella 3.57 Analisi di regressione sul comportamento proattivo gruppo-organizzazione

R ² adjusted= .071; F=4.360 ; p=.043			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Preoccupazione sul padroneggiare il cambiamento	-.303	-2.088	.043

I risultati indicano che solamente la *preoccupazione sul padroneggiare il cambiamento* ha una relazione negativa e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 7.1%.

Gli operatori sanitari che sono preoccupati di non riuscire a cogliere la natura del cambiamento, di non comprenderne gli obiettivi (tempo 1) assumono in misura minore comportamenti proattivi come proporre suggerimenti per migliorare l'efficacia e l'efficienza del reparto, le prestazioni (tempo 2).

Ipotesi 8. Intenzione di turnover dall'organizzazione

Le regressioni riguardano le relazioni tra le variabili *supporto organizzativo, supporto del coordinatore al cambiamento, aspettative legate ai benefici individuali e organizzativi, commitment to change e preoccupazioni (sul contenuto del cambiamento, sulle modalità di gestione del cambiamento adottate, sul padroneggiare il cambiamento, sulla propria capacità nell'affrontare il cambiamento, di essere lasciato solo durante il cambiamento, per il futuro)* misurate al tempo 1 e l'intenzione di turnover dall'organizzazione misurata al tempo 2.

Tabella 3.58 Analisi di regressione sull'intenzione di turnover dall'organizzazione

R ² adjusted= .138; F= 7.224; p=.011			
Predittori	Coefficienti standardizzati Beta	T	Sig.
Preoccupazione sulle modalità di gestione del cambiamento adottate	.400	2.688	.011

I risultati indicano che solo la *preoccupazione sulle modalità di gestione del cambiamento adottate* ha una relazione positiva e statisticamente significativa. La varianza spiegata dal modello è pari al 13.8%.

Tale regressione mostra che gli operatori sanitari che sono preoccupati sulle modalità di gestione del cambiamento intese come i benefici che il cambiamento avrà per gli stessi e per i pazienti, la serietà dell'Azienda nel rispettare i patti del cambiamento (misurate al tempo 1) aumentano la loro intenzione di andarsene dall'organizzazione (misurata al tempo 2).

3.18 Interventi di coinvolgimento/supporto al cambiamento

Affrontare un cambiamento, specialmente se questo si presenta come indefinito e incerto nei risultati, necessita di un grande sostegno, di sentire che si possono condividere difficoltà e avere l'aiuto necessario per superare gli eventuali problemi. Una continua ridefinizione degli obiettivi, una continua attenzione e sostegno, continui feedback sulle prestazioni e sull'impegno risultano essenziali per garantire che ci sia coinvolgimento e impegno durante il cambiamento. Un membro del gruppo di ricerca settimanalmente si recava presso le unità operative per condividere il processo di cambiamento con gli operatori sanitari coinvolti, ascoltare le loro aspettative e preoccupazioni.

Le attività della ricerca-azione si sono realizzate inoltre tramite l'attivazione di quattro gruppi di lavoro con compiti specifici:

- gruppo di lavoro per la predisposizione e il monitoraggio costante delle azioni. Al fine di favorire l'individuazione di azioni specifiche per il contesto chirurgico si è reso necessario costituire un gruppo di lavoro rappresentativo dell'equipe medica e infermieristica delle realtà coinvolte;
- gruppo di lavoro per la progettazione dei corsi di formazione e organizzazione delle visite documentative;
- gruppo di lavoro per l'elaborazione dei percorsi clinico assistenziali;
- gruppo di lavoro per l'elaborazione degli strumenti educativi.

3.19 Obiettivi raggiunti

La ricerca-azione ha conseguito i seguenti obiettivi:

- monitorare atteggiamenti e percezioni degli infermieri, dei medici e degli operatori socio sanitari rispetto al loro benessere lavorativo, alle aspettative e preoccupazioni verso i cambiamenti organizzativi al fine di migliorare l'aderenza ai processi innovativi;
- garantire regia e continuità nel percorso del paziente dalla preparazione preoperatoria fino alla dimissione;
- contribuire a valutare la complessità assistenziale dei pazienti chirurgici attraverso la messa a punto di un set di criteri appropriati e sintetici;

- uniformare l'equipe assistenziale sulla scelta di interventi di assistenza chirurgica basati sulle raccomandazioni delle linee guida e condivise all'interno del Dipartimento Chirurgico;
- migliorare il confronto e l'integrazione interprofessionale attraverso la costruzione condivisa di percorsi clinico assistenziali per interventi chirurgici di elevata complessità;
- uniformare gli interventi educativi attraverso la predisposizione di percorsi condivisi rispetto a problemi e bisogni informativi rilevati dai pazienti e dall'equipe medico infermieristica;
- scegliere il *primary nursing* quale modello di erogazione dell'assistenza al letto del paziente, attraverso un processo di condivisione considerandolo il più adatto alla peculiarità del contesto e capace di migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza e allo stesso tempo la responsabilizzazione e la soddisfazione degli infermieri.

3.20 Risultati conseguiti e relative azioni adottate

Di seguito verranno descritti, suddivisi per obiettivi raggiunti, i diversi risultati conseguiti e le azioni adottate durante la ricerca-azione.

a. Miglioramento della presa in carico e della continuità nel percorso del paziente dalla preparazione preoperatoria alla dimissione

Sono state attuate una serie di azioni con lo scopo di migliorare il percorso che il paziente chirurgico effettua a partire dalla fase preoperatoria sino al momento della dimissione e se necessario di follow up.

Revisione dei processi assistenziali e organizzativi e del loro impatto sul percorso del paziente chirurgico

In base a quanto rilevato attraverso i focus group e le osservazioni dei processi lavorativi è stato costruito il percorso del paziente riferito alla fase preoperatoria (diagramma di flusso) ed è stata elaborata una checklist che contiene le azioni irrinunciabili e gli outcome attesi per migliorare la sicurezza e la qualità assistenziale.

Le azioni sono state definite alla luce dell'esperienza e delle evidenze disponibili, in integrazione con medici chirurghi, servizio anestesia e servizio dietetica e nutrizione clinica; la compilazione della scheda consente di tracciare il percorso di ciascun paziente, dal momento dell'accesso all'ambulatorio pre ricovero fino all'ingresso in chirurgia degenza. La scheda andrà differenziata per tipologia di intervento chirurgico.

Per migliorare la continuità assistenziale nella fase post dimissione del paziente chirurgico, in particolare rispetto ai pazienti più a rischio di dimissione difficile, è stata predisposta una raccolta dati rispetto alle dimissioni (livello di rischio, destinazione alla dimissione, servizi attivati).

E' stata creata la funzione dell'infermiere "coordinatore di percorso" che prevede lo screening dei pazienti per individuarne il rischio di dimissione difficile, la pianificazione della stessa in modo condiviso con l'equipe, il paziente e la famiglia, e l'attivazione di servizi sociali e sanitari se necessario. Attualmente tale funzione è svolta da due infermieri, uno per unità operativa e la loro presenza ha consentito di migliorare l'integrazione con i servizi delle cure domiciliari e delle cure palliative. Dai dati raccolti nel corso dell'anno 2012 – primo semestre 2013 emerge che circa il 10% dei pazienti dimessi necessitano di una dimissione pianificata.

b. Produzione di un set di dati che permettano di identificare il grado di complessità dei pazienti chirurgici e il relativo fabbisogno di assistenza

Lo studio ha permesso di identificare un set di dati che definiscono la complessità del paziente; alcuni coincidono con quelli già documentati in letteratura, ma nello specifico emerge il ruolo rilevante della tipologia di intervento chirurgico nel determinare il grado di instabilità clinica, di dipendenza e di bisogno educativo. Un ulteriore risultato rilevante ai fini pratici è la necessità di migliorare l'individuazione precoce dei rischi dei pazienti operati, attraverso una sorveglianza e un monitoraggio mirato e proceduralizzato.

Inoltre per rispondere alla complessità del paziente con prestazioni mirate, sia in termini di quantità che di qualità, emerge che non è tanto utile utilizzare la scala di complessità (alta, media e bassa) bensì gli ambiti prevalenti di complessità (instabilità clinica, bisogno educativo, recupero delle attività di vita quotidiana, supporto sociale).

c. Sviluppo di competenze avanzate di assistenza chirurgica fondate su decisioni evidence based e condivise con tutte le unità operative del Dipartimento di chirurgia

I risultati prodotti dalle diverse indagini che hanno composto la ricerca-azione hanno permesso di diagnosticare anche i gap di competenza del personale di assistenza e i relativi bisogni formativi.

In particolare si è evidenziata la necessità di approfondire tematiche di clinica chirurgica (es. innovazioni degli interventi chirurgici e relativa assistenza, ripresa dell'alimentazione nel paziente sottoposto a gastrectomia, gestione assistenziale di pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore) e tematiche trasversali quali la gestione della politerapia, le incompatibilità fra farmaci, l'educazione terapeutica al paziente chirurgico. E' emersa anche la necessità di elaborare strumenti a supporto di processi assistenziali ed educativi

Progettazione e attuazione di un progetto formativo per infermieri e OSS

La formazione ha l'obiettivo di accompagnare i processi di riorganizzazione e di sviluppare competenze avanzate. E' importante che coinvolga di volta in volta medici e infermieri o infermieri e OSS in base al grado di integrazione professionale che richiede il problema affrontato; solo questa modalità può garantire una formazione-azione capace poi di incidere nei processi assistenziali e organizzativi.

Il gruppo di lavoro, alla luce dei dati raccolti ha identificato i bisogni formativi e di sviluppo delle competenze e ha costruito un progetto formativo articolato in tre fasi con destinatari infermieri e OSS delle due chirurgie e aperto alla partecipazione di tutto il personale delle unità operative delle chirurgie dell'Azienda Sanitaria.

Fase 1- Approfondimento di tematiche relative alla qualità dell'assistenza chirurgica

Corso residenziale di 6 giornate ripetuto per 4 edizioni nel periodo ottobre 2012 – maggio 2013.

Le tematiche affrontate sono state:

- indicatori di complessità del paziente chirurgico e sorveglianza infermieristica;
- interazioni e compatibilità dei farmaci in uso nel contesto chirurgico;
- gestione della glicemia nel paziente chirurgico;

- gestione di terapie complesse e in particolare della terapia anticoagulante nel perioperatorio;
- educazione terapeutica in chirurgia con esercitazioni sui quadri clinico-chirurgici più complessi;
- gestione dei device venosi centrali e periferici.

Durante il corso sono stati restituiti, e analizzati con i partecipanti, i dati raccolti con le diverse indagini (sugli operatori, sui pazienti, sui processi assistenziali).

Per la docenza sono stati coinvolti docenti esperti in infermieristica, in educazione terapeutica, medici di chirurgia e medicina interna e farmacisti.

Le tematiche sono state affrontate con un approccio evidence based e integrate da esercitazioni su casi e simulazioni decisionali in modo da integrare le migliori evidenze con l'adattamento alle peculiarità dei pazienti e del contesto.

Durante la formazione sono state elaborate raccomandazioni per la preparazione preoperatoria, il digiuno, la rialimentazione post intervento, che sono state via via sottoposte ai responsabili delle unità operative affinché potessero divenire indirizzi condivisi e uniformi.

La formazione inoltre ha consentito di costruire una background condiviso, requisito essenziale per iniziare la successiva elaborazione di percorsi clinico assistenziali integrati, procedure e strumenti educativi.

Complessivamente hanno partecipato alla formazione tutti i coordinatori infermieristici delle unità operative di chirurgia dell'Azienda Sanitaria l'87% (47 vs 54) degli infermieri che lavorano presso le chirurgie dell'Ospedale sede della ricerca e il 40% (49 vs 123) degli infermieri appartenenti alle altre chirurgie dell'Azienda, come stabilito da programmazione. Il gradimento espresso dai partecipanti è stato elevato; in particolare i partecipanti hanno evidenziato stretta pertinenza alla loro pratica e un'alta percezione di utilità e di impatto con la loro realtà operativa.

A completamento di questa fase sono stati organizzati laboratori dedicati alla mobilitazione del paziente politraumatizzato e chirurgico per gli operatori socio sanitari in quanto era stata individuata come area assistenziale prioritaria da migliorare. Il laboratorio è stato condotto dai fisioterapisti dell'area chirurgica e della terapia intensiva e da un infermiere esperto della Terapia Intensiva. Hanno partecipato il 100% degli OSS delle chirurgie e una rappresentanza di infermieri.

Fase 2- Visite documentative presso ospedali con modelli organizzativi innovativi in ambito chirurgico

Ad integrazione del corso residenziale è stata offerta ai partecipanti la possibilità di partecipare a tre visite documentative presso:

- un Istituto Oncologico per prendere visione del modello assistenziale Primary Nursing e del Case Management pre e postoperatorio;
- un Ospedale per approfondire l'organizzazione dell'area chirurgica secondo la *lean organization*. La visita ha offerto l'opportunità di analizzare un modello in cui sono separate le linee chirurgiche degli interventi programmati da quelli urgenti e l'ingegnerizzazione della programmazione delle liste operatorie;
- un'Azienda Sanitaria per prendere visione dell'implementazione del modello assistenziale Primary Nursing, con un approccio di sistema, in quanto il modello si sta attivando in tutto l'ospedale.

Alle visite documentative hanno partecipato alcuni membri del comitato scientifico, i coordinatori infermieristici e una rappresentanza di infermieri delle unità operative di chirurgia generale dell'Azienda Sanitaria.

Fase 3 – Formazione sul campo per attivare gruppi interdisciplinari per l'elaborazione di strumenti a supporto dell'assistenza e dell'educazione del paziente.

In collaborazione con il Servizio Formazione dell'Azienda Sanitaria è stato predisposto un progetto di formazione sul campo attraverso la costituzione di gruppi di miglioramento che coinvolgono tutti gli infermieri delle chirurgie dell'Ospedale e una rappresentanza dei chirurghi.

I gruppi individuati sono quattro e sono impegnati sulle seguenti tematiche:

- percorso educativo per il paziente sottoposto ad intervento di gastrectomia con particolare attenzione alla rialimentazione post operatoria;
- gestione sicura dei farmaci nel contesto chirurgico;
- gestione dell'insulinoterapia in infusione continua e gestione del processo educativo al paziente diabetico di nuova insorgenza post intervento chirurgico cefalo pancreatico;
- gestione delle stomie del tratto intestinale.

Ogni gruppo di lavoro è coordinato da due tutor (coordinatori infermieristici e infermieri esperti). Presso L'U.O. di chirurgia 2 è stato attuato un corso monotematico sugli aspetti gestionali delle stomie, dove sono stati coinvolti in qualità di esperti un chirurgo e l'infermiera enterostomista. Al corso hanno partecipato tutti gli infermieri delle due chirurgie.

d. Produzione di percorsi clinico assistenziali integrati e percorsi educativi standard a supporto di processi assistenziali ed educativi per erogare un'assistenza basata sulle evidenze, sulle aspettative del paziente e su comportamenti condivisi e interprofessionali

Strumenti integrati di pianificazione delle cure

Dalle analisi dei dati sui processi assistenziali emergeva la necessità di uniformare i comportamenti e le decisioni relative all'assistenza del paziente nel perioperatorio e la necessità di una maggior integrazione e un maggior confronto con i chirurghi sul progetto del singolo paziente.

Inoltre si segnalava l'interesse ad integrare gli approcci delle due unità operative di chirurgia per favorire occasioni di scambio, maggior integrazione e ottimizzazione delle risorse disponibili.

Lo strumento ritenuto, anche in letteratura, più efficace per standardizzare i percorsi e in grado di integrare le migliori evidenze di ricerca con l'esperienza e le richieste del paziente sono i *clinical pathways* o percorsi clinico assistenziali integrati (PCA).

I PCA risultano dall'integrazione di piani di cura, orientano un uso più efficiente e appropriato delle risorse, definiscono la programmazione ottimale degli interventi chiave eseguiti da tutte le discipline per una particolare diagnosi, intervento chirurgico o procedura e sono finalizzati al raggiungimento degli outcome della persona assistita.

E' stato costituito un gruppo di lavoro formato da chirurghi, coordinatori infermieristici e infermieri, che dopo una revisione della letteratura specifica ha elaborato una matrice per la costruzione dei PCA in chirurgia e ha definito il percorso clinico assistenziale per il paziente sottoposto ad intervento di gastrectomia totale e per il paziente sottoposto a gastroresezione.

Nella fase di costruzione si è mantenuto un confronto costante con la Direzione Medica e il Servizio per le Professioni Sanitarie dell'Ospedale e in particolare con la Responsabile Unità Accreditamento e Gestione Rischio.

Strumenti educativi

Nei questionari raccolti i pazienti e i familiari esprimevano una buona percezione sulle informazioni ricevute rispetto alla gestione del dolore e alla gestione della medicazione della ferita chirurgica, mentre le aree di bisogno educativo non evase riguardavano la ripresa delle attività di vita, in particolare l'alimentazione e la gestione di eventuali complicanze, es. la febbre.

Nei suggerimenti per migliorare tale processo venivano segnalati azioni quali: dedicare maggior tempo all'educazione, l'impiego di un linguaggio non "tecnico", l'importanza di non dare informazioni non univoche e l'adozione di opuscoli informativi. Per aumentare le competenze educative degli infermieri e acquisire un metodo efficace sono state dedicate, all'interno del corso di formazione, due giornate e ha preso avvio l'elaborazione di opuscoli informativi da consegnare al paziente nel periodo preoperatorio e successivamente all'intervento chirurgico, ad esempio per la gestione della ferita chirurgica dopo la dimissione.

Tali strumenti sono organizzati per domande/risposte con un forte orientamento ai problemi reali e potenziali espressi dai pazienti.

Per i bisogni educativi specifici di pazienti che affrontano interventi chirurgici particolarmente invalidanti e complessi (es. interventi a livello intestinale con stomie, interventi a carico del pancreas con conseguente insorgenza di diabete, ecc,) i gruppi di lavoro interdisciplinari con il supporto di esperti stanno predisponendo percorsi educativi standard e checklist per la tracciabilità dell'intervento educativo.

e. Scelta del modello di erogazione/organizzazione dell'assistenza più adatto a garantire un'assistenza di qualità: il *Primary Nursing*

Il gruppo di ricerca è indirizzato a scegliere il Primary Nursing quale modello di erogazione dell'assistenza al letto del paziente considerandolo il più adatto alla peculiarità del contesto, e capace di migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza e allo stesso tempo la responsabilizzazione e la soddisfazione degli infermieri.

Gli elementi costitutivi del *Primary Nursing* sono:

- l'assegnazione del paziente ad un infermiere che lo prende in carico dal momento dell'ingresso in reparto fino alla dimissione, è responsabile della pianificazione dell'assistenza che dovrà essere seguita dai colleghi anche in sua assenza. Eroga l'assistenza in prima persona quando è in turno;
- il *case method*: si deve garantire corrispondenza tra complessità del paziente e competenze dell'infermiere a garanzia di sicurezza e qualità assistenziale;
- la comunicazione diretta con il paziente, la sua famiglia e l'equipe: l'infermiere *primary* costituisce punto di riferimento per tutte le parti coinvolte;
- una turnistica adeguata: la presenza in turno dell'infermiere *primary* deve essere il più continua possibile rispetto ai casi assegnati e pertanto andranno rivisti i modelli di turnistica, sempre nel rispetto dei vincoli normativi ed organizzativi.

La difficoltà di introdurre un'innovazione di questo tipo è prioritariamente culturale e organizzativa. Ma il lavoro svolto nei due anni e mezzo della ricerca ha creato le condizioni culturali e organizzative per sperimentarlo.

4. Discussione e conclusioni

4.1 Discussione

I processi di cambiamento stanno accompagnando le organizzazioni sanitarie ormai da diversi anni. Ciò è dovuto alla presenza di un numero crescente di *competitor* (strutture extra-regionali, strutture private), dall'affermarsi di una concezione diversa dell'utente/del paziente, il quale è sempre più consapevole di ciò che chiede, e da un progresso tecnologico che favorisce continue innovazioni nei processi "produttivi" e innovazioni organizzative. Un cambiamento organizzativo che trasformi profondamente un'organizzazione è però difficile da realizzare se non viene data la dovuta importanza ai processi umani e relazionali. Da ciò si deduce che è sempre più importante accompagnare i processi di cambiamento presidiando rigorosamente da un lato i contenuti ma soprattutto occupandosi e preoccupandosi delle condizioni che possono inibire o facilitarne la loro realizzazione.

La ricerca-azione descritta in questo lavoro di tesi ha avuto come obiettivo di accompagnare e orientare il cambiamento nei modelli e processi lavorativi di due unità operative chirurgiche di un ospedale provinciale di secondo livello del Nord Italia. In particolare si è proposta di ricercare, valutare e monitorare alcuni fattori individuali degli operatori sanitari (atteggiamenti, percezioni e comportamenti), del clima di gruppo, di collaborazione e del supporto sul piano organizzativo al fine di migliorare l'aderenza ai processi innovativi.

Dalla rilevazione eseguita attraverso la somministrazione del questionario agli operatori sanitari al tempo 1 emerge uno stato di discreto benessere organizzativo, gli operatori ritengono di avere un livello medio di autonomia che possono esprimere nella presa decisionale, nella programmazione del proprio lavoro e nella scelta del metodo di lavoro. Il lavoro quotidiano implica lo svolgimento di una varietà di compiti e permette agli operatori sanitari di completare il lavoro che iniziano.

Il livello di soddisfazione per i rapporti di collaborazione tra figure professionali diverse è basso. Nella giornata lavorativa mancano momenti di scambio, di confronto tra medici e infermieri per discutere i problemi dei pazienti, non sempre le opinioni e i suggerimenti degli infermieri vengono presi in considerazione.

Ciò viene confermato anche dai dati raccolti attraverso i focus group. Inoltre gli infermieri riferiscono la mancanza di una comunicazione efficace tra medici che porta loro a non trovare un accordo per le procedure e di conseguenza obbliga infermieri e OSS a dover soddisfare richieste diverse per ogni medico con cui collaborano.

La qualità dell'assistenza è considerata sufficiente, non sempre adeguata alle necessità dei pazienti e quindi migliorabile. L'organizzazione non permette sempre agli operatori sanitari di avere un tempo sufficiente per stare con il paziente. Durante i focus group gli infermieri sottolineano l'importanza di elaborare in collaborazione con i medici strumenti a supporto dell'assistenza in modo tale da gestire uniformemente la cura e l'educazione del paziente. Inoltre si lamentano di perdere del tempo, distraendosi dall'assistenza diretta al paziente, a cercare il medico in quanto mancano le prescrizioni farmacologiche in cartella clinica oppure non sono leggibili o sono incomplete.

La relazione con i pazienti è ritenuta buona, ciò dà molte soddisfazioni agli operatori sanitari. Si sentono emotivamente attaccati all'unità operativa, il commitment normativo e continuativo risulta abbastanza modesto. Emerge un sufficiente livello di supporto da parte dell'organizzazione, buono invece il supporto offerto dal coordinatore nelle fasi di cambiamento.

I professionisti riferiscono di non aver ricevuto abbastanza informazioni rispetto alle ragioni della riorganizzazione dell'assistenza e come questa influenzi il loro lavoro. Inoltre, emerge una scarsa opportunità di comunicare il loro punto di vista all'interno del contesto organizzativo. Attraverso i focus group infermieri e OSS chiedono di poter partecipare attivamente al cambiamento e un maggior supporto da parte dell'organizzazione.

Si rileva una bassa intenzione di lasciare l'unità operativa, l'organizzazione e la professione. Gli operatori sanitari sembrano non avere in generale aspettative elevate rispetto ai benefici che la riorganizzazione dell'assistenza porterà sia a livello personale, sia a livello organizzativo. Percepiscono un livello di preoccupazione rispetto ai cambiamenti medio/basso; ciò che li preoccupa maggiormente riguarda il futuro, sono un po' preoccupati per le modalità di gestione del cambiamento, di doversi impegnare molto per avere poco in cambio e non riuscire a capire gli obiettivi finali del cambiamento.

Rispetto al commitment al cambiamento gli operatori credono abbastanza al suo valore e sono abbastanza disponibili a cambiare e ad impegnarsi.

Attraverso l'analisi di regressione abbiamo trovato che gli operatori sanitari che si sentono supportati dall'organizzazione percepiscono una migliore qualità dell'assistenza.

Se supportati dal coordinatore durante il cambiamento percepiscono inoltre una miglior adeguatezza dell'assistenza e si sentono meno preoccupati per il futuro. Se la persona percepisce di essere supportata dall'organizzazione, si sente obbligata ad aiutarla, si sforzerà in maggior misura e ciò porterà a migliori prestazioni lavorative, avrà comportamenti di cittadinanza organizzativa, non prescritti dal ruolo o dalle norme dell'organizzazione, che si basano sulla fiducia e sul rispetto della norma di reciprocità (Battistelli & Mariani, 2011).

Le organizzazioni per ottenere dai loro dipendenti un'ottima prestazione e guadagnare così un vantaggio competitivo, devono quindi dimostrare un adeguato supporto che, come pratica di gestione delle risorse umane, può incoraggiare l'efficacia della prestazione lavorativa e il coinvolgimento verso l'organizzazione stessa.

Diversi studi hanno dimostrato che i superiori affidando responsabilità e fiducia, garantendo sostegno e supporto al collaboratore possono influenzare significativamente la prestazione individuale, di gruppo e organizzativa (Wayne, Shore, & Liden, 1997; Gerstner & Day, 1997; Judge, Piccolo, & Ilies, 2004).

Meunier et al. (2008) sottolineano che le preoccupazioni per il futuro sono associate negativamente con il supporto al cambiamento sia di tipo organizzativo che da parte del coordinatore e positivamente con forme di resistenza al cambiamento. Battistelli et al. (2013) riportano che variabili di contesto come il supporto tra pari, il supporto del coordinatore al cambiamento e la qualità della comunicazione potrebbero assieme al comportamento innovativo al lavoro diminuire l'impatto negativo che le preoccupazioni hanno sul desiderio delle persone di sostenere attivamente le iniziative relative al cambiamento.

In ambito infermieristico il supporto organizzativo percepito è stato spesso studiato come variabile che entra in gioco in fenomeni quali il *turnover*, il *burnout*, il *commitment* e la soddisfazione lavorativa. Non sono stati reperiti studi che dimostrino l'influenza del supporto organizzativo e del supporto del coordinatore sulla preoccupazione per il futuro negli infermieri durante un cambiamento organizzativo.

Nonostante ciò, la percezione di supporto del coordinatore, visto come colui che rappresenta l'organizzazione, rinforza le opinioni del lavoratore rispetto al grado di coinvolgimento che l'organizzazione stessa ha nei suoi confronti (Bareil, Savoie, & Meunier, 2007). Questo fa ipotizzare un'influenza da parte del supporto del coordinatore sulla preoccupazione per il futuro con conseguente diminuzione di tale preoccupazione.

Risulta importante, soprattutto in momenti di cambiamento organizzativo, supportare il personale e motivarlo al cambiamento. Infatti, il supporto organizzativo permette di sviluppare un senso di coinvolgimento all'organizzazione e può facilitare la *compliance* delle persone al cambiamento.

Dalla nostra ricerca è emerso che una buona comunicazione aumenta le aspettative delle persone sia legate ai benefici individuali che organizzativi e diminuisce le preoccupazioni sulle modalità di gestione del cambiamento. Ciò conferma quanto riportato in letteratura.

La comunicazione, ai fini della cultura organizzativa e in contesti di cambiamento organizzativo, veicola segnali di tranquillità, continuità, stabilità e, al tempo stesso, di innovazione ed evoluzione (Invernizzi, 2000).

Gli scambi interpersonali positivi in cui ognuno si sente libero di esprimere le proprie opinioni è un importante fattore che favorisce l'innovazione (Amabile, 1988; Mumford & Hunter, 2005). Per ridurre significativamente l'ansia e l'incertezza e promuovere aspettative positive verso i risultati del cambiamento le organizzazioni devono fornire adeguate informazioni relative al cambiamento (Wanberg & Banas, 2000).

L'informazione infatti può essere considerata la base per sviluppare aspettative e atteggiamenti (positivi e negativi) verso il cambiamento.

L'informazione relativa alle azioni di cambiamento aiuta gli operatori sanitari a ridurre l'ansia e l'incertezza per tutto ciò che costituisce il "nuovo". Inoltre, alcuni studi hanno dimostrato che le persone che ricevono comunicazioni puntuali, trasparenti e chiare sul processo di cambiamento da parte dell'organizzazione sono generalmente meno preoccupate e sostengono in misura significativa le azioni di cambiamento, con ripercussioni positive sulla soddisfazione lavorativa, sul benessere psicologico e sul commitment (Kreitner & Kinicki, 2008).

Ciò richiama una circolarità comunicativa e l'utilizzo di strategie di comunicazione in grado di far leva sulla partecipazione del professionista coinvolto nel cambiamento organizzativo. Inoltre un'elevata qualità della comunicazione favorisce un senso di fiducia diffusa e lo sviluppo di aspettative positive nei confronti delle conseguenze che il cambiamento porterà (Odoardi, Colaianni, Battistelli, & Picci, 2008).

Alla seconda rilevazione gli operatori sanitari percepiscono un livello più alto di qualità e di adeguatezza dell'assistenza fornita ai pazienti. Ritengono di avere tempo a sufficienza per discutere le problematiche sull'assistenza al paziente e di offrire un'assistenza adeguata alle necessità dei pazienti. Anche la collaborazione tra figure professionali diverse viene percepita con un punteggio medio più elevato.

La qualità e l'adeguatezza dell'assistenza misurate al tempo 2 risultano più elevate se gli operatori sanitari si sono sentiti supportati dal coordinatore durante il processo di cambiamento nel caso della qualità o supportati dall'organizzazione nel caso dell'adeguatezza dell'assistenza.

Abbiamo misurato le variabili "comportamento innovativo al lavoro e proattività" in quanto ipotizziamo che il processo di cambiamento possa attivare dei comportamenti innovativi.

Gli operatori sanitari dichiarano di aver messo in atto negli ultimi sei mesi qualche volta comportamenti innovativi al lavoro come la creazione di nuovi metodi e tecniche di lavoro, la generazione di soluzioni originali per i problemi, la mobilitazione del supporto di altri per le nuove idee, la trasformazione delle idee innovative in utili applicazioni al lavoro e l'introduzione delle nuove idee nell'ambiente lavorativo in modo sistematico.

I professionisti sanitari che percepiscono autonomia nella programmazione del lavoro, nel metodo di lavoro e nella presa di decisioni (misurata al tempo 1) sono più propensi a generare nuove e utili idee, soluzioni per risolvere questioni difficili (tempo 2). La ricerca evidenzia che, a livello individuale, fattori legati al lavoro come l'autonomia, la sfida e la varietà di compiti, le competenze e le caratteristiche quali la *self efficacy* e la padronanza del problem solving siano positivamente legati al processo di generazione delle idee (Picci & Battistelli, 2010). Amabile et al. (1996) hanno individuato una correlazione positiva significativa tra autonomia e comportamento creativo. L'autonomia, infatti, consente ai lavoratori di sperimentare e di impegnarsi in compiti che richiedono pensiero divergente (Brown & Eisenhardt, 1997).

Nell'ultimo mese gli operatori sanitari dichiarano di aver sviluppato abbastanza nuovi e migliori metodi per aiutare il loro gruppo di lavoro a migliorare le prestazioni, di aver migliorato il modo di lavorare in gruppo e di aver apportato dei cambiamenti al modo in cui svolgono le loro attività principali.

Dall'analisi di regressione abbiamo notato che i professionisti sanitari che sono preoccupati di non riuscire a cogliere la natura del cambiamento, di non comprenderne gli obiettivi (tempo 1) assumono in misura minore comportamenti proattivi come proporre suggerimenti per migliorare l'efficacia e l'efficienza del reparto, le prestazioni (tempo 2). La letteratura evidenzia che le persone con nevroticismo inteso come una predisposizione all'ansia e alle continue preoccupazioni tendono ad essere meno proattivi (Crant, 1995; Bateman & Crant, 1993).

Gli operatori sanitari che sono preoccupati sulle modalità di gestione del cambiamento intese come i benefici che il cambiamento avrà per loro e per i pazienti, la serietà dell'Azienda nel rispettare i patti del cambiamento (misurate al tempo 1) aumentano la loro intenzione di andarsene dall'organizzazione (misurata al tempo 2). Josephson et al. (2008), in uno studio longitudinale che aveva come obiettivo quello di verificare quali fattori individuali, quali condizioni di lavoro ed eventuali problemi di salute portano ad una maggior probabilità di lasciare il posto di lavoro o aumentare l'assenteismo negli infermieri, hanno rilevato la necessità di valutare anche le conseguenze dei cambiamenti organizzativi. I risultati presentati dagli autori sottolineano l'importanza di migliorare le condizioni di lavoro a sostegno della salute e al fine di prevenire *l'intention to leave* e l'elevata e prolungata assenza degli infermieri per malattia. Il luogo di lavoro è in grado di influenzare preoccupazioni, resistenze e scelte degli infermieri. A rischio sono quegli ambienti soggetti a cambiamenti organizzativi. Questo impone, secondo Josephson et al., la necessità di un'analisi delle strategie atte a migliorare le condizioni di lavoro per trattenere gli infermieri in previsione e durante i cambiamenti organizzativi.

Pertanto, gli autori, evidenziano che lasciare il lavoro può essere interpretato come una strategia che gli infermieri adottano di fronte a determinate situazioni, quali ad esempio i cambiamenti organizzativi non supportati dalle direzioni manageriali.

Complessivamente il cambiamento, essendo stato gestito con il coinvolgimento continuo degli operatori sanitari, ha generato atteggiamenti facilitanti e collaborativi ed ha migliorato la loro percezione di benessere e di efficacia lavorativa.

4.2 Conclusioni

La ricerca-azione descritta in questo lavoro di tesi è una ricerca su un caso specifico. I risultati ottenuti non sono chiaramente generalizzabili.

L'attività di ricerca, caratterizzandosi come ricerca-azione, ha mantenuto in tutte le fasi uno stretto collegamento tra ricercatori e operatori sanitari coinvolti.

Le conoscenze acquisite durante lo studio si sono tradotte in uno sviluppo delle competenze assistenziali, in un miglioramento delle relazioni tra operatori dell'equipe e in un perfezionamento dei processi organizzativi che all'inizio dello studio erano stati diagnosticati come critici.

Le ricadute nella pratica assistenziale e organizzativa più rilevanti sono state:

- a) la revisione di procedure e processi assistenziali alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, approfondite attraverso la formazione, da adottare nella prassi quotidiana anche con l'obiettivo di ridurre la variabilità interoperatore individuata all'inizio del progetto (ad esempio: i tempi di digiuno preoperatorio, la preparazione intestinale differenziata per tipologia di intervento, la rialimentazione postoperatoria, la gestione di *device*, la gestione della terapia insulinica endovenosa continua pre e post intervento chirurgico, la gestione della terapia anticoagulante orale, la compatibilità tra farmaci);
- b) la creazione di strumenti:
 - checklist per il percorso di preparazione del paziente in fase di pre-ricovero comprendente gli algoritmi condivisi con il team dei chirurghi e degli anestesisti;
 - matrice per la costruzione di percorsi clinico assistenziali integrati per il contesto chirurgico condivisa con i team infermieristici e medici delle U.O chirurgiche e dei servizi coinvolti (anestesia, servizio dietetica e nutrizione clinica, fisioterapia);
 - percorsi clinico assistenziali integrati per il paziente sottoposto ad intervento di gastrectomia totale e gastroresezione;
 - protocollo nutrizionale per l'intervento chirurgico di gastrectomia totale e di gastroresezione con riferimento al Progetto *Enhanced recovery after surgery* (ERAS) Italia (2013);

- scheda postoperatoria da attivare per la presa in carico e il monitoraggio del paziente nelle prime 24 ore post operatorie;
 - set di dati assistenziali irrinunciabili a supporto della consegna infermieristica al fine di aumentare l'efficacia del passaggio delle informazioni e la continuità assistenziale;
 - opuscolo informativo/educativo per la preparazione all'intervento chirurgico
 - percorsi educativi standardizzati per pazienti che affrontano interventi chirurgici particolarmente invalidanti e complessi (ad esempio: educazione al paziente con neo stomie intestinali, comportamento alimentare post dimissione per pazienti gastrectomizzati, gestione della terapia insulinica in pazienti sottoposti ad interventi cefalo pancreatici);
- c) l'assegnazione, da parte del Servizio per le Professioni Sanitarie dell'Ospedale, della funzione di *stomaterapista* ad una infermiera della U.O. di Chirurgia 2 in possesso di Master di primo livello in "Assistenza a pazienti stomizzati e incontinenti". Tale figura è dedicata al percorso assistenziale ed educativo delle persone operate e alla consulenza;
- d) la scelta di un nuovo modello assistenziale: considerando che il percorso del paziente in ambito chirurgico inizia nel pre ricovero, prosegue nel reparto di degenza, spesso prevede un ricovero in area intensiva e può prevedere l'attivazione di servizi di continuità, è emersa la necessità di individuare un nuovo modello assistenziale. La letteratura analizzata, le esperienze raccolte attraverso le visite documentative e il dibattito che lo studio ha consentito di aprire sui diversi modelli assistenziali supportano l'importanza di assicurare al paziente e alla sua famiglia un operatore di riferimento per l'intero processo di cura. Il gruppo di ricerca, insieme ai Responsabili delle Direzioni e ai professionisti, ha condiviso la scelta del *Primary Nursing* quale modello più idoneo a rispondere alle esigenze di presa in carico dei pazienti chirurgici. Tale modello prevede una responsabilizzazione degli infermieri rispetto ai pazienti assegnati in base a criteri che incrociano la complessità del paziente con il livello di competenza del professionista. Al fine di valutare l'applicabilità e la sostenibilità del modello del *Primary Nursing* è in fase di avvio un ulteriore studio.

Lo svolgimento della ricerca ha garantito una continua formazione dei componenti del gruppo di ricerca favorendo la partecipazione a congressi e ha permesso a infermieri che frequentavano Master, Laurea Magistrale di contribuire approfondendo aspetti diversi attraverso i loro stage e i loro lavori di tesi.

Il progetto di ricerca è stato inserito in una strategia di lavoro finalizzata a creare strumenti e soluzioni da adottare anche nelle altre unità operative chirurgiche dell'Azienda Sanitaria. I professionisti afferenti alle diverse realtà aziendali sono stati coinvolti nella formazione e nella partecipazione alle visite documentative.

Durante la ricerca e in seguito alle visite documentative sono state attivate delle reti di collaborazione e confronto sui modelli organizzativi innovativi con diverse organizzazioni.

Allo scopo di approfondire il modello del *primary nursing* in ambito chirurgico e le strategie organizzative adottate per applicarlo (ad esempio *case method*, turnistica, documentazione, ruolo del coordinatore,..) un membro del gruppo di ricerca ha effettuato uno stage di due settimane nel mese di luglio 2013 presso un U.O. di chirurgia generale e di urologia di una struttura ospedaliera che utilizza tale modello già da alcuni anni.

Per l'anno 2014 è prevista l'attivazione della formazione FAD sul *Primary Nursing* per tutte le professioni sanitarie non mediche (infermieri, ostetriche, figure della riabilitazione) dell'Azienda Sanitaria.

I risultati del progetto di ricerca-azione sono stati divulgati attraverso comunicazioni durante gli eventi formativi, seminari per coordinatori e infermieri delle chirurgie dell'Azienda Sanitaria e un congresso nazionale attraverso una relazione e un poster.

In fase conclusiva della ricerca è stato organizzato un convegno con la collaborazione del Servizio Formazione dell'Azienda Sanitaria dal titolo "*Primary Nursing una giornata di riflessione e confronto*" con l'obiettivo di approfondire e riflettere sul modello assistenziale del *Primary Nursing*.

Bibliografia

Adinolfi, P. (2000). I cambiamenti ambientali e innovazioni organizzative nelle aziende sanitarie. *Atti del Convegno Associazione italiana di economia sanitaria (Aies) "La sanità tra Stato e mercato"*, Padova.

Aiken, L. H., Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3):146-53.

Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.

Amabile, T. M. (1983). The social psychology of creativity: A componential conceptualization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 357-376.

Amabile, T. M. (1988). A model of creativity and innovation in organizations. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds). *Research in organization behaviour* (pp. 187-209). Greenwich, CT: JAI Press.

Amabile, T. M. (1996). Creativity and innovation in organization. *Harvard Business School*, 5 (9), 396-239.

Amabile, T. M. (1998). How to Kill Creativity. *Harvard Business Review*, 5, 76-87.

Amabile, T. M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J., & Herron, M. (1996). Assessing the work environment for creativity. *Journal of Academy of Management*, 39, 1154-1184.

Ambrosi E., Galletta M., Portoghese I, Battistelli A., & Saiani L. (2013). L'intenzione di turnover dall'ospedale: caratteristiche individuali, lavorative ed organizzative di un campione di infermieri del Nord Italia. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia*, 35(1):17-25.

Ambrosi, E., Portoghese I., Galletta, M., Marchetti, P., Battistelli, A., & Saiani L. (2011). L'intenzione di lasciare l'ospedale degli infermieri con esperienza lavorativa ≤ 3 anni. Uno studio esplorativo. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 30(3):126-134.

Anderson, N., De Dreu, C., & Nijstad, B. A. (2004). The routinization of innovation research: a constructively critical review of the state-of-the-science. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 147-173.

Anderson, N., & King, N. (1993). Innovation in organizations. In C. L. Cooper, & I. T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 8, 1-34.

Anessi Pessina, E., & Cantù, E. (2006). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto OASI 2006.

Argentero, P., Cortese, C. G., & Piccardo C. (2009). *Psicologia delle organizzazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Armenakis, A. A., Bernerth, J. B., Pitts, J. P., & Walker, H. J. (2007). Organizational change recipients' beliefs scale: Development of an assessment instrument. *Journal of Applied Behavioral Science*, 43, 495-505.

Armenakis, A. A., & Bedeian, A. G. (1999). Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s. *Journal of Management*, 25, 293–315.

Armstrong-Stassen, M. (1998). The effect of gender and organizational level on how survivors appraise and cope with organizational downsizing. *Journal of Applied Behavioral Science*, 34, 125-142.

Avallone, F. (2011). *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Costruire e gestire relazioni nei contesti professionali e sociali*. Roma: Carocci Editore.

Avallone, F., & Paplomatas, A. (2005) *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bareil, C., & Gagnon J. (2004). *Building employees' capacity to adapt to change*. Montréal: HEC.

Bareil, C., Savoie, A., & Meunier, S. (2007). Patterns of Discomfort With Organizational Change. *Journal of Change Management*, 7, 13–24.

Bareil, C., & Savoie A., (2002). Une avancée significative dans la conduite du changement organisationnel. *Psychologie du travail et des organisations*, 8, 1, 27-45.

Bartunek, J. M., Rousseau, D. M., Rudolph, J. W. & DePalma, J. A. (2006). On the receiving end: Sensemaking, emotion, and assessments of an organizational change initiated by others. *Journal of Applied Behavioral Science*, 42, 182-206.

Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9–32.

Bateman, T. S., & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates. *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 103-118.

Battistelli, A., & Picci, P. (2009). *Innovation in the Transformation of Jobs and Organizations*. Roma: Di Renzo Editore.

Battistelli, A., Montani, F., Odoardi, C., Vandenberghe, C., & Picci, P. (2013) Employees' concerns about change and commitment to change among Italian organizations: the moderating role of innovative work behavior. *The International Journal of Human Resource Management*. DOI: 10.1080/09585192.2013.809012

Battistelli, A., & Mariani, M. G. (2011). Supporto organizzativo: validazione della versione italiana della Survey of Perceveid Organizational Support (versione a 8 item). *Giornale Italiano di Psicologia*, XXXVIII, 1.

Battistelli, A., Majer, V., & Odoardi C. (1997). *Saper fare, essere. Formazione come percorso di cambiamento nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.

Battistelli, A., Montani, F., & Odoardi, C. (2013). The Impact of Feedback From Job and Task Autonomy in the Relationship Between Dispositional Resistance to Change and Innovative Work Behaviour. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 26–41.

Battistelli, A., (2003). *Apprendere partecipando*. Milano: Guerini Scientifica.

Battistelli, A., Mariani, M., & Bello B. Normative Commitment to the Organization, Support and Self Competence. In: Minati, G., Pressa, E., Abram, E. (Eds.) *Systemics of Emergence: Research and Development*. US: Springer, 2006.

Beer, M. & Eisenstat, R. A. (1996). Developing an organization capable of implementing strategy and learning. *Human Relations*, 49(5), 597-617.

Bindl, U., & Parker, S. K., (2011). Proactive work behavior: Forward thinking and change-oriented action in organizations. In S. Zedeck (Ed.), *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Vol. 2, Chapter 19. Washington, DC: American Psychological Association.

Boccardelli, P., & Fontana, F. (2004). Il cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie. *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale*, 104(7/8), 455-469.

Bodega, D., Musile Tanzi, P. (1996). *Comunicare il cambiamento. Una raccolta critica di casi*. Milano: Egea.

Bommer, W. H., Rich, G.A., & Rubin, R.S. (2005). Changing attitudes about change: Longitudinal effects of transformational manager behavior on employee cynicism about organizational change. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 733–753.

Bordia, P., Hunt, E., Paulsen, N., Tourish, D., & DiFonzo, N. (2004). Uncertainty during organizational change: Is it all about control? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13, 345-365.

Brolis, R., Postal, N., & Povoli, R. (2006). Lavorare in gruppo: la collaborazione medici-infermieri. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 25, 2.

Burke, W. W. (2010). *Il cambiamento organizzativo Teoria e pratica*. Milano: Franco Angeli.

Burke, W. W. (2000). Organizational Routines as a Source of Continuous Change. *Organization Science*, 11(6), 611-629.

Burnes, B. (2009). *Managing Change: A Strategic Approach to Organizational Dynamics*. Harlow: Prentice Hall.

Butera, F. (2009). *Il cambiamento organizzativo*. Roma: Editori La Terza.

Campion, M. A., & McClelland, C. L. (1993). Follow-up and extension of the interdisciplinary costs and benefits of enlarged jobs. *Journal of Applied Psychology*, 78, 339–351.

Casimir, G. (2001). Combinative aspects of leadership style. The ordering and temporal spacing of leadership behaviors. *Leadership Quarterly*, 12(2), 245–278.

Cesaria, R. (1996). Innovazioni organizzative ed esigenze di comunicazione. *Sviluppo & Organizzazione*, 159.

Chirumbolo A., & Areni, A. (2010). Job insecurity influence on job performance and mental health: Testing the moderating effect of the need for closure. *Economic and Industrial Democracy*, 31: 195-214.

Corposanto, C., (2006). La valutazione della qualità in sanità: alcune riflessioni teoriche. *Difesa sociale*, 1-2, 13-34.

Cortese, C. G. (2007). Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 15, 303-12.

Coyle-Shapiro, J. A. M., & Morrow, P. C. (2003). The role of individual differences in employee adoption of TQM orientation. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 320-340.

Crant, J. M. (1995). The proactive personality scale and objective job performance among reale state agents. *Journal of Applied Psychology*, 80(4), 532-537.

Crant, J. M. (2000). Proactive behavior in organizations. *Journal of Management*, 26(3), 435-462.

Cunningham, C. E., Woodward, C. A., Shannon, H. S., MacIntosh, J., Lendrum, B., Rosenbloom, D. & Brown J. (2002). Readiness for organizational change: A longitudinal study of workplace, psychological and behavioral correlates. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 377-392.

Cunningham, B. (1976). Action-Research: toward a procedural Model. *Human Relations* 3, 215-238.

Daft, R. L., & Noe, R. A. (2001). *Organizational Behavior*. Orlando: FL: Harcourt College Publishers.

Dal Santo, L., Pohl, S., & Battistelli, A. (2013). Emotional Dissonance and Job Satisfaction: The Moderating Role of Organisational Commitment and Task Significance. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4, 13.

Davy, J.A., Kinicki, A.J., & Scheck, C.L. (1997). A test of job security's direct and mediated effects on withdrawal cognitions. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 323-349.

Decastri, M. (1998). Visione strategica e innovazione organizzativa. *Sviluppo & Organizzazione*, 168, 15-32.

Dent, E. B., & Goldberg, S. G. (1999). Challenging "resistance to change". *Journal of Applied Behavioral Science*, 35, 25-41.

Depolo, M. (1998). *Psicologia delle organizzazioni*. Bologna: Il Mulino.

Eby, L. T., Adams, D. M., Russell, J. E. A., & Gaby, S. H. (2000). Perceptions of organizational readiness for change: Factors related to employees' reactions to the implementation of team-based selling. *Human Relations*, 53, 419-442.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986) Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.

Eldrod II, P. D., & Tippet, D. D. (2002). The "death valley" of change. *Journal of Organizational Change Management*, 15(3), 273-291.

Else, H., & Lathlean, J. (2006). Using action research to stimulate organizational change within health services: experiences from two community based studies. *Educational Action Research*, 14(2), 171-186.

Farr, J. L., & Ford, C. (1990). Individual innovation. In M. A. West, & J. L. Farr (Eds.) *Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies*, (pp. 63-82). Chichester: Wiley.

Fedor, D. B., Caldwell, S., & Herold, D. M. (2006). The effects of organizational changes on employee commitment: A multilevel investigation. *Personnel Psychology*, 59, 1-29.

Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.

Filipczak, B. (1997). It takes all kinds: Creativity in the work force. *Training*, 34, 32-40.

Ford, M., & Greer, B. (2005). The relationship between management control system usage and planned change achievement: An exploratory study. *Journal of Change Management*, 5(1), 29-46.

Fraccaroli, F. (2007). *Apprendimento e formazione nelle organizzazioni. Una prospettiva psicologica*. Bologna: Le edizioni del Mulino.

Fraccaroli, F. (1998). *Il cambiamento nelle organizzazioni: metodi di ricerca longitudinale applicati alla psicologia del lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Frese, M., & Fay, D. (2001). Personal initiative (PI): An active performance concept for work in the 21st century. *Research in Organizational Behavior*, 23, 133-187.

Gagné, M., Koestner, R., & Zuckerman, M. (2000). Facilitating Acceptance of Organizational Change: The Importance of Self-Determination. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(9), 1843-1852.

Galletta, M., Portoghese, I., Battistelli, A., & Leiter, M. P. (2012). The roles of unit leadership and nurse–physician collaboration on nursing turnover intention. *Journal of advanced nursing* 69 (8), 1771-1784.

Galpin, T. J. (1999). *Il lato umano del cambiamento: una metodologia per le ristrutturazioni aziendali*. Milano: Franco Angeli.

George, J. M., & Jones, G. R. (2002). *Understanding and Managing Organizational Behavior*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall International.

Gerstner, C., & Day, D. (1997). Meta-analytic review of manager member exchange theory: Correlates and construct issues. *Journal of Applied Psychology*, 82(6), 827–844.

Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34.

Greenhalgh, L., & Rosenblatt, Z. (1984). Job insecurity: Toward conceptual clarity. *Academy of Management Review*, 3, 438–448.

Griffin, M. A., Neal, A., & Parker, S. K. (2007). A new model of work role performance: Positive behavior in uncertain and interdependent contexts. *Academy of Management Journal*, 50(2), 327 – 347.

Grundy, T. (1993). *Managing Strategic Change*. London: Kogan Page.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.

Hammer, M., & Champy, J. A. (1993). *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. New York: Harper Business Books.

Hampshire, A. J. (2000). What is action research and can it promote change in primary care? *Journal of evaluation in clinical practice*, 6(4), 337-343.

Herold, D. M., Fedor, D. B., & Caldwell, S. D. (2007). Beyond Change Management: A Multi-Level Investigation of Contextual and Personal Influences on Employees Commitment to Change. *Journal of Applied Psychology*, 92, 942–951.

Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002) Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology*, 87, 474-487.

Higgs, M. J. (2010). Do leaders need emotional intelligence? A study of the relationship between emotional intelligence and leadership of change. *International Journal of Organisational Behaviour*, 5(6), 195-212.

Higgs, M., Rowland, D., (2005). All changes great and small: Exploring approaches to change and its leadership. *Journal of Change Management*, 5(2), 121–151.

Higgs, M. J., & Rowland, D. (2000). Building Change Leadership Capability: “The Quest For Change Competence”. *Journal of Change Management*, 1(2), 116-131.

Holt, D. T., Armenakis, A. A., Feild, H. S., & Harris, S. G. (2007). Readiness for organizational change: The systematic development of a scale. *Journal of Applied Behavioral Science*, 43, 232-255.

Hom, P. W., Griffeth, R.W., & Sellaro, C. L. (1984). The validity of Mobley’s (1977) model of employee turnover. *Organizational Behavior & Human Performance*, 34, 141–174.

Hornung, S., & Rousseau, D. M. (2007). Active on the job-proactive in change: How autonomy at work contributes to employee support for organizational change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 43, 401-426.

Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: A meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1332-1356.

Invernizzi, E. (2000). *La comunicazione organizzativa: teorie, modelli e metodi*. Milano: Giuffrè.

Iverson, R. (1996). Employee acceptance of organizational change: The role of organizational commitment. *International Journal of Human Resource Management*, 7, 122-149.

Janssen, O. (2000). Job Demands, Perceptions of Effort-Rewards Fairness, and Innovative Work Behavior. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 287–302.

Judge, T. A., Colbert, A. E., & Ilies, R. (2004). Intelligence and leadership: A quantitative review and test of theoretical propositions. *Journal of Applied Psychology*, 89, 542-552.

Kaneklin, C., Piccardo, C., & Scaratti, G. (2010). *La ricerca-azione. Cambiare per conoscere nei contesti organizzativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Kanter, R. M. (1988). When a thousand flowers bloom: structural, collective, and social conditions for innovation in organizations. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds). *Research in Organizations*, vol. 10 (pp. 169-211). Greenwich, CT: JAI Press.

Keller, R. T. (2006). Transformational leadership, initiating structure, and substitutes for leadership: A longitudinal study of research and development project team performance. *Journal of Applied Psychology*, 91(1), 202-210.

Klein, S. M. (1996). A management communication strategy for change. *Journal of Organizational Change Management*, 9 (2), 32-46.

King, N. & Anderson, N. (2002). *Managing innovation and change: A critical guide for organizations*. London: Thompson.

Korsgaard, M. A., Sapienza, H. J., & Schweiger, D. M. (2002). Beaten before begun: The role of procedural justice in planning change. *Journal of Management*, 28, 497-516.

Kotter, J. P. (1999). Ma cosa fanno, davvero, i leader? In G. P. Quaglino, *Leadership*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Kotter, J. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.

Kotter, J. P. (1990). What leaders really do. *Harvard Business Review*, 68(3), 103-111.

Kreitner, R., & Kinicki, A. (2008). *Comportamento organizzativo*. Milano: Apogeo.

Krczal, E., & Del Vecchio, M. (2002). Leadership collettiva e processi di cambiamento nelle aziende sanitarie. *Mecosan*, XI, 135-146.

Laschinger, H. K. S., Purdy, N., Cho, J., & Almost J. (2006). Antecedent and Consequences of nurse managers' perceptions of organizational support POS. *Nursing Economics*, 24(1):20-29.

Lau, C. M., & Woodman, R. W. (1995). Understanding organizational change: A schematic perspective. *Academy of Management Journal*, 38, 537-554.

Lewin, K. (1951). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna: Il Mulino (1972).

Lok, P., Hung, R. Y., Walsh, P., Wang, P., & Crawford, J. (2005). An integrative framework for measuring the extent to which organizational variables influence the success of process improvement programmes. *Journal of Management Studies*, 42, 1357-1381.

Lorusso, S., & Quagliata, L. (2003). L'incentivazione per obiettivi: una logica perseguibile nella Sanità. *Sanità Pubblica e Privata*, 10, 1069-1086.

Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While A. E. (2012) Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review *International Journal of Nursing Studies* ,49 ,1017-1038.

Luecke, R. (2003). *Managing Change and Transition*. Boston: MA Harvard Business School Press.

Madsen, S. R., Miller, D., & John, C. R. (2005). Readiness for organizational change: Do organizational commitment and social relationships in the workplace make a difference? *Human Resource Development Quarterly*, 16, 213-233.

Martin, A. J., Jones, E. S. & Callan, V. J. (2005). The role of psychological climate in facilitating employee adjustment during organizational change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14, 263-283.

Merlyn, V., & Parkinson, J. (1995). *Il cambiamento organizzativo nell'information technology: la vision per processi per lo sviluppo efficace dei sistemi informatici*. Milano: Franco Angeli.

Michellini, S. (2000). La cultura manageriale nelle aziende sanitarie, *Sviluppo & Organizzazione*, 182.

Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1321-1339

Mumford, M. D., & Gustafson, S. B. (1988). Creativity syndrome: integration, application and innovation. *Psychological Bulletin*, 103(1), 27-43.

Mumford, M. D., & Hunter, S. T. (2005). Innovation in organizations: A multi-level perspective on creativity. In F. J. Yammarino e F. Dansereau (Eds.), *Research in multi-level issues* (Vol. 4, pp. 11-74). Oxford, England: Elsevier.

Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1999). The organization of the future: Strategic imperatives and core competencies for the 21st century. *Organizational Dynamics*, 28(1), 45-60.

Naswall, K., Sverke, M., & Hellgren, J. (2005). The moderating role of personality characteristics on the relationship between job insecurity and strain. *Work & Stress*, 19, 37-49.

Nigris, E. (1995). Un nuovo rapporto tra ricerca e innovazione: la ricerca-azione. In S. Mantovani *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*. Milano: Mondadori.

Odoardi, C., Colaianni, G., Battistelli, A., & Picci, P. (2008). The influence of organizational characteristics on the expectations before an innovation. *Risorsa Uomo*, 14 (4),76-90.

Oldham, G. R, Kulik, C. T., Ambrose, M. L., Stepina, L. P., & Brand, J. F. (1986). Relations between job facet comparisons and employee reactions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 38, 28-47.

Oreg, S., Vakola, M., & Armenakis A. (2011). Change Recipients' Reactions to Organizational Change: A 60-Year Review of Quantitative Studies. *Journal of Applied Behavioral Science*, XX(X) 1-64.

Oreg, S. (2006). Personality, context, and resistance to organizational change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 73-101.

Oreg, S. (2003). Resistance to change: Developing an individual differences measure. *Journal of Applied Psychology*, 88, 680-693.

Øvretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13, 2, 74 – 80.

Paneforte, S. (1998). *Cambiamento e apprendimento nelle organizzazioni*. Harold.

Parker, S. K., Axtell, C. M., & Turner, N. (2001). Designing a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6 (3), 211-228.

Parker, S. K., Turner, N., Williams, H. M. (2006). Modelling the antecedent of proactive behaviour at work. *Journal of Applied Psychology*, 97 (3), 636-652.

Parker, S. K., & Collins, C. G. (2010). Taking stock: Integrating and differentiating multiple proactive behaviors. *Journal of Management*, DOI: 10.1177/0149206308321554.

Paulsen, N., Callan, V. J., Grice, T. A., Rooney, D., Gallois, C., Jones, E., & Bordia, P. (2005). Job uncertainty and personal control during downsizing: A comparison of survivors and victims. *Human Relations*, 58, 463-496.

Picci, P., & Battistelli, A. (2010) La ricerca psicosociale sull'innovazione al lavoro tra fattori antecedenti e dinamiche di processo. *Giornale Italiano di Psicologia*, XXXVII, 2, 341-366.

Pierro, A. & Tanucci, G. (1992). Contributo allo sviluppo e alla validazione di una scala per misurare il Work Locus of Control. *Psicologia e Lavoro*, 86, 7-14.

Portoghese, I., Galletta, A., Battistelli A., Saiani, L., Penna, M. P. & Allegrini, E. (2012). Change-related expectations and commitment to change of nurses: the role of leadership and communication. *Journal of nursing management*, 20(5), 582-591

Portoghese, I., Battistelli A., Saiani L., & Galletta, M. (2009) Analisi dell'effetto del commitment e del conflitto lavoro-famiglia sul processo di turnover. *Risorsa Uomo*, 3259-272

Quaglino, G. P. (1990). *Appunti sul comportamento organizzativo*. Torino: Tirrenia Stampatori.

Quaglino, G. P., (1998). *Il processo di formazione: dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati*, Milano: Franco Angeli.

Paterson, J. M., & Cary, J. (2002). Organizational justice, change anxiety, and acceptance of downsizing: Preliminary tests of an AET-based model. *Motivation and Emotion*, 26, 83-103.

Piccardo, C., & Colombo, L. (2007). *Governare il cambiamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Piderit, S. K. (2000). Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *Academy of Management Review*, 25, 783-794.

Pirola-Merlo, A., & Mann, L. (2004). The relationship between individual creativity and team creativity: Aggregating across people and time. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 235-257.

Porras, J. I., Silvers, R. C. (1991). Organizational development and transformation. *Annual Review of Psychology*, 42, 51-78.

Rapporto CEIS (2006). *Il governo del sistema sanitario*. Roma: Health Communication.

Rapporto Sanità (2006). *Il trasferimento dell'innovazione nella clinica e nell'organizzazione sanitaria*. Milano: Fondazione Smith Kline.

Rebora, G., & Minelli, E. (2007). *Change Management. Come vincere la sfida del cambiamento in azienda*. Milano: Etas libri.

Rebora, G. (2002). *Manuale di organizzazione aziendale*. Roma: Carocci.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714.

Rieley, J. B., & Clarkson I. (2001). The impact of change on performance. *Journal of Change Management*, 2(2), 160-172.

Rosenblatt, Z., & Ruvio, A. (1996). A test of a multidimensional model of job insecurity: The case of Israeli teachers. *Journal of Organizational Behavior*, 17, 587-605.

Saiani, et al., (2011) Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference. *Igiene e Sanità Pubblica*, 67, 777-792.

Scott, S. G., Bruce, R. A. (1994). Determinants of innovative behaviour: a path model of individual innovation in the workplace. *Journal of Academy Management*, 37 (3), 580-607.

Scurati, C. (1997). La ricerca-azione. In AA.VV. *La ricerca pedagogico-didattica*. Roma: LAS.

Stanley, D. J, Meyer, J. P., & Topolnytsky, L. (2005). Employee cynicism and resistance to organizational change. *Journal of Business and Psychology*, 19, 429-459.

Sverke, M., & Hellgren, J. (2002). The Nature of Job Insecurity: Understanding Employment Uncertainty on the Brink of a New Millennium. *Applied Psychology: An International Review*, 51 (1), 23–42.

Susskind, A. M, Miller, V. D., & Johnson, J. D. (1998) Downsizing and structural holes: Their impact on layoff survivors' perceptions of organizational chaos and openness to change. *Communication Research*, 25, 30-65.

Taylor, P., & Hirst, J. (2001). Facilitating effective change and continuous improvement: The Mortgage Express way. *Journal of Change Management*, 2(1), 67–71.

Todnem By, R. (2005). Organizational Change Management: A Critical Review. *Journal of Change Management*, 5(4), 369-380.

Tomietto M, Papastavrou E, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Palese A. (2011) Italian validation of the Patient Satisfaction Scale. *Annali Igiene*, 23(3):195-202.

Tosi, H.L., Pilati, M., & Mero, N. P. (2002) *Comportamento Organizzativo, Persone, Gruppi e Organizzazioni*: Milano, Egea.

Trombetta, C., & Rosiello, L. (2000). *La ricerca azione: il modello di Kurt Lewin e le sue applicazioni*. Trento: Centro Studi Erickson.

Vakola, M., & Nikolaou, I. (2005). Attitudes Towards Organizational Change: What Is the Role of Employees Stress and Commitment? *Employee Relations*, 27, 160–174.

Valentino, C. L. (2004). The role of middle managers in the transmission and integration of organizational culture. *Journal of Healthcare Management*, 49(6), 393-404.

Van De Ven, A. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management Science*, 32, 590-607.

Van de Ven, A., & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Journal*, 20(3), 510–540.

Van Knippenberg, D., & Hogg, M. A. (2003). A social identity model of leadership effectiveness in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 25, 243–295.

van Saane, N., Sluiter, J. K., Verbeek, J. H., Frings-Dresen, M. H. (2003) Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction--a systematic review. *Occupational Medicine* 53(3):191-200.

Vera, D., & Crossan, M. (2004). Strategic leadership and organizational learning. *Academy of Management Review*, 29(2), 222–240.

Vignati, E., & Bruno P. (2004). *Organizzazione per processi in sanità. Un approccio trasversale all'organizzazione per vincere le resistenze al cambiamento*. Milano: Franco Angeli.

Wanberg, C. R., & Banas, J. T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85, 132-142.

Wayne, S. J., Shore, L. M., & Liden, R. C. (1997). Perceived organizational support and leader-member exchange: A social exchange perspective. *Academy of Management Journal*; 40: 82-111.

Weber, P. S., & Weber, J. E. (2001). Changes in employee perceptions during organizational change. *Leadership & Organization Development Journal*, 22, 291-300.

Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational Change and Development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386.

Weick, K. E. (1989). Theorizing about Organizational Communication, In Jablin & Al, *Handbook of Organizational Communication*, Newbury Park: Sage.

West, M. A., & Farr, J. L. (1990). Innovation at work. In M. A. West & J. L. Farr (Eds.), *Innovation and creativity at work*, (pp. 1-13). Chichester: Wiley.

Yukl, G. A. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *Leadership Quarterly*, 10(2), 285–305.

Zwarestein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. UK: *Cochrane Collaboration Review*.